

**Институт социального образования (филиал) Российского
государственного социального университета в г. Саратове**

Саратовский государственный медицинский университет имени
В.И. Разумовского

**Национальный исследовательский
Саратовский государственный университет
имени Н.Г. Чернышевского
*Факультет психологии***

Центр медико-социологических исследований

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

**III Всероссийская (с международным участием)
научно-практическая конференция**

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

**15–16 мая 2014
Саратов**

Саратов
ИЦ «Наука»
2014

УДК 364.444:316

ББК 60.56

И73

И73 Интегративные исследования в медицине: научные труды молодых учёных III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Саратов: ООО «Издательский Центр “Наука”», 2014. – 87 с.

ISBN

В сборнике представлены результаты интегративных исследований молодых учёных: студентов, ординаторов и аспирантов.

Статьи опубликованы в авторской редакции.

ISBN

© Авторы статей, 2014

ОСОБЕННОСТИ Я-ОБРАЗА И ТИПА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МАЛЫХ ГРУППАХ У ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ

В настоящее время в исправительных учреждениях Российской Федерации отбывает наказание свыше 800 тысяч человек. Ежегодно к реальному лишению свободы приговаривается примерно каждый третий осужденный, а по различным основаниям из мест лишения свободы освобождается более 270 тысяч человек. По данным официальной статистики, за период с 2006 года по настоящее время зафиксирован рост количества осужденных из числа ранее судимых в среднем на 2,8%. Удельный вес такой преступности на сегодняшний день достиг примерно 26% от всех совершенных преступлений. То есть, значительная часть освобожденных вновь совершает преступления, которые с криминологической точки зрения в совокупности образуют постпенитенциарную рецидивную преступность [3].

В этой связи главной задачей современной уголовно-исполнительной политики является сокращение рецидива преступлений, совершенных лицами, отбывшими наказание в виде лишения свободы, за счет повышения эффективности социальной и психологической работы в местах лишения свободы и развития системы пенитенциарно-психологической помощи таким лицам.

Современные исследования в области пенитенциарной психологии преимущественно направлены на изучение индивидуально-психологических особенностей личности осужденных. Личность осужденного стала рассматриваться как главный объект и субъект воспитательно-предупредительного воздействия, из чего встает вопрос о глубоком и всестороннем ее изучении. Для успешного достижения целей исправительной работы исключительно важное значение имеет выявление тех внутренних, субъективных причин, которые привели данного человека к совершению конкретного преступления. Эти причины должны быть, прежде всего, объектом индивидуального воздействия [2, 15].

По мнению Ю.М. Антоняна, работа по исправлению и перевоспитанию осужденных должна строиться на детальном изучении личностных свойств и, главное, на выявлении мотивов преступной деятельности и типологической принадлежности индивида. Необходимо определить у каждой конкретной личности негативные стороны, которые нужно скорректировать, и то положительное, на чем можно строить процесс перевоспитания. Только в этом случае можно достичь успеха в воспитательной работе [1, 37].

С целью изменения криминальной направленности личности одним из этапов исправительной психологической коррекции является коррекция

неадекватной самооценки, переструктурирование Я-образа и формирование новых социальных навыков.

Из всего выше сказанного можно заключить, что для достижения целей исправительной коррекционной работы и устранения рисков возникновения постпенитенциарных рецидивов необходимо тщательное изучение компонентов Я-концепции и выявление преобладающего типа взаимоотношений [4, 42].

Анализируя литературу по данной теме выявляется, что среди большого количества материала и теоретических концепций, посвященных различным аспектам изучения личности осужденных мало работ, затрагивающих проблему Я-образа и межличностных отношений.

Для изучения данной проблемы нами проводится собственное исследование, в котором мы пытаемся выявить преобладающий тип отношений к людям в самооценке. Объектом исследования являются осужденные мужчины ФКУ ИК-7 Саратовской области. На данный момент в исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 23 до 33 лет. В качестве психодиагностического инструментария использовались беседа и методика диагностики межличностных отношений Т. Лири.

В ходе обработки данных тестирования, были получены следующие результаты. Из 30 исследованных осужденных у 19 наблюдается отсутствие расхождения между Я-реальным и Я-идеальным, у 5 выявляются незначительные отличия, и только у 6 опрошенных имеется разница между этими двумя составляющими Я-образа. Данная тенденция прослеживается и в беседе, многие из исследованных осужденных заявляли, что в их личности практически нет недостатков.

Анализируя два вторичных фактора «доминирование-подчинение» и «дружелюбие-агрессивность» теста Т. Лири выявляется, что у 25 респондентов имеются положительные результаты по формуле «доминирование», что свидетельствует о выраженном стремлении к лидерству в общении, а по фактору «дружелюбие» у 16 человек преобладают отрицательные баллы, что проявляется в агрессивно-конкурентной позиции.

Наиболее выраженными типами межличностного отношения у обследованных осужденных оказались авторитарный, который демонстрируют 16 человек, подозрительный наблюдается у 11 человек, подчиняемый – у 10, альтруистический – у 16 испытуемых.

Таким образом, ознакомившись с полученными результатами, стоит сделать выводы о наличии у большинства протестированных осужденных нарушения в структуре самооценки. Наблюдается отсутствие или слабое расхождение между Я-реальным и Я-идеальным, что формирует неадекватно завышенную самооценку и блокирует источники благоприятного развития личности. Также характерной является общая тенденция осужденных к лидерству в межличностных взаимодействиях, выявляются трудности в установлении дружелюбных отношений, проявления агрессивно-конкурентных позиций, что препятствует сотрудничеству и успешной совместной

деятельности. Большинству испытуемых присущи авторитарный, подозрительный, подчиняемый и альтруистический стили межличностных отношений. Выявлена зависимость между тенденцией к доминированию и снижением недовольства своей личностью.

Литература

1. Антонян Ю.М., Эминов В.Е. Личность преступника. Криминологическое психологическое исследование. – М.: Изд-во «Норма», 2010. – 368 с.
2. Стуканов В.Г. Методические основы исправительной психологической коррекции личности осужденных за корыстные преступления. – Минск, 1999. – 97 с.
3. МВД РФ: [Электронный ресурс]: <http://www.mvd.ru/stats/10000479/> (дата обращения: 01.04.2014).
4. Чернышев Е.В. Факторная структура Я-концепции личности осужденных // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – №4. – С. 41-47.

Арстангалиева З.Ж.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ: ОБЗОР СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНАЛИТИКИ

Многочисленные исследования, направленные на изучение продолжительности жизни, потребности в здоровье, его перспектив, особенностей взаимодействия с системой здравоохранения свидетельствуют об актуальности проблемы здоровьесбережения для современной социологической науки, в частности, для социологии медицины. Среди отечественных исследователей проблему сохранения и укрепления здоровья поднимают И.В. Журавлева, Ю.П. Лисицын, Л.С. Шилова и др. Острота данной проблематики в аспекте здоровьесбережения пожилых очевидна: пожилые люди относятся к группе наибольшего риска.

В настоящее время проблема здоровьесбережения пожилых людей рассматривается в следующих аспектах:

- изучение тенденций медико-демографической ситуации в России и гендерных различий в практиках сохранения здоровья;
- влияние социальных факторов на здоровьесбережение;
- проблема здоровья через призму социального неравенства;
- взаимодействие пожилых людей с системой здравоохранения.

Особый интерес представляет публикация Л.Л. Рыбаковского, посвященная динамике изменения численности населения России в 2001-2025

гг. Согласно мнению автора публикации, в ближайшие 10-15 лет в России произойдет дальнейшее постарение населения, увеличение в нем доли лиц старше трудоспособного возраста. По данным прогноза Росстата, к началу 2015 г. доля этой категории населения будет составлять 23,7% по сравнению с 21,6% в 2010 г., к началу 2020 г. достигнет 25,9%, а к 2025 г. – 27,2%. Увеличение доли пожилого населения непременно приведет к росту умерших, что может быть нивелировано лишь сокращением показателей смертности во всех, в том числе, и старших возрастах [9]. Социологический опрос, проведенный Р.Р. Шаяхметовой и И.Б. Утяшевой показал, что мужчины и женщины в среднем хотят прожить 80 лет [11]. Гендерные различия в отношении к здоровью рассматривают Дж. В. Браун, Н.Л. Русинова, Л.В. Панова в статье «Гендерные неравенства в здоровье». Авторы представили наиболее распространенные подходы, связанные с гендерными различиями в самосохранительном поведении мужчин и женщин. С возрастом уровень физического здоровья понижается независимо от пола. К числу важнейших выводов исследования относится тот факт, что физическое здоровье мужчин оказывается особенно уязвимым к внешним воздействиям на определенной стадии жизненного цикла, а именно в течение предпенсионного десятилетия (51-60 лет) [3].

В.Я. Шклярчук считает, что смещение демографического состава рабочих к постарению и переходу в пенсионную когорту ставит в центр внимания самочувствие людей третьего возраста, которые остаются экономически активной частью трудового потенциала современной России. Главные жизненные ценности для них, как и для остальных демографических групп, связываются с материальным положением, здоровьем, благополучием в семье [12]. Д.Г. Владимиров в статье «Пожилые граждане на рынке труда: зарубежный опыт» анализирует тенденции в сфере занятости пожилых граждан, рассматривает методы стимулирования занятости этой группы населения в развитых странах. Автор отмечает, что роль пожилых граждан в экономической и общественной жизни нашей страны будет расти. Уже сегодня благополучие – и финансовое, и социальное – многих государств в значительной степени зависит от того, насколько благоприятны условия для реализации профессионального и интеллектуального потенциала граждан «третьего возраста» [6].

Проблема здоровья раскрывается в статье С.Н. Варламовой, Н.Н. Седовой «Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад», в которой авторы на основе социологических данных анализируют состояние и отношение к здоровью населения России, обозначают стратегии самосохранительного поведения граждан. Авторы опираются на результаты общероссийского опроса населения, проведенного социологической службой РГСУ в августе 2008 г. в 120 населенных пунктах 39 субъектов Российской Федерации, и ежегодных общероссийских опросов населения в 2005 - 2007 гг. по общероссийской выборке. Анализ самооценок состояния здоровья свидетельствует об их зависимости от возраста респондентов, принадлежности к различным социально-демографическим группам. Если в среде молодежи здоровье «в

целом хорошим» считают 88,9%, в том числе, «безусловно хорошим» 42,6%, то среди пожилых людей аналогичные показатели составляют только 39,7 и 7,9%, соответственно. Зато «плохим» здоровье находит большинство (51,8%) пожилых респондентов; «безусловно плохим» - 18,8% (против 9,7 и 1,5% среди молодежи). Более внимательным отношением к лечению выделяются пожилые люди (37,8% при 20-25% среди молодежи и людей среднего возраста). В структуре факторов, обуславливающих патологию/здоровье человека, как показывают исследования, образ жизни доминирует и составляет 50-52%; 18-20% приходится на генетический фон; 20% – на окружающую среду; 10-12% – на здравоохранение. Пожилые люди, молодость которых совпала с советской системой здравоохранения, демонстрируют достаточно невысокий уровень заботы о здоровом образе жизни. Большинство пожилых продолжают транслировать представление о том, что забота об их здоровье лежит на государстве в лице врачей. Так или иначе, но здоровье становится социальным свойством личности, обеспечивающим человеку в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, материальную обеспеченность, профессиональное долголетие и благополучную старость [5].

Досуговой активности пожилых людей посвящена статья Н.Н. Седовой «Досуговая активность граждан». Показано, что разнообразие досуговой деятельности имеет выраженную социально-демографическую специфику. Старшее поколение, освобождаясь от трудовой деятельности, а часто и от многих семейных обязанностей, чаще других практикует разнообразные традиционные формы досуга, особенно направленные на общение. Интересно, что 61-65-летние пожилые люди довольно часто проводят досуг активно, с акцентом на его культурную составляющую. Пренебрежение досугом и связанными с ними объективными потребностями человека в перспективе может привести к усугублению проблем в сфере рекреации и здоровья россиян, их социализации и адаптации, личностного развития и самореализации [10].

Практика показывает, что динамика роста/уменьшения многих болезней обусловлена воздействием медиализации. Медиализация способствует появлению культурно обусловленных патологических синдромов. В частности, отмечается, что формируется новый феномен «рационального невежества», касающийся, прежде всего, еды, когда на фоне диетологических дискурсов людям, по существу, навязывается принудительный выбор продуктов питания. Один из главных факторов такой нездоровой трансформации образа жизни – непрофессиональный и безответственный подход СМИ [7]. Л.А. Бурганова, Ж.В. Савельева в статье «Медиализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации» раскрывают сущность социального процесса медиализации, выявляют стратегии рекламной коммуникации. Представлены возможные негативные последствия неклассических вариантов медицины (нетрадиционная, альтернативная, восточная медицина и т.п.) для общества и самосохранительного поведения индивида [4]. Особенно характерно обращение к неклассической медицине пожилых людей, проживающих в сельской или отдаленной местности, где доступ к медицинскому обслуживанию затруднен.

Злоупотребление лекарственными средствами без назначения врача под влиянием СМИ и фармацевтов, риск неправильной трактовки информации и дальнейшего неправильного лечения посредством неклассической медицины отрицательно сказывается на здоровье и приводит к расточительному расходованию жизненных ресурсов пожилых людей.

Многие авторы рассматривают проблему здоровья через призму социального неравенства. Особое значение имеет публикация Л.В. Пановой, Н.Л. Русиновой «Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи». Авторы предприняли попытку проанализировать доступность медицинской помощи, применительно к наиболее широко используемой населением сфере здравоохранения – системе оказания первичных медицинских услуг. Первичным материалом для исследования доступности и качества медицинского обслуживания в районных поликлиниках явились для авторов итоги опроса жителей Санкт-Петербурга, проведенного в 2003 г. (N=600). Контролируемыми признаками выборочной совокупности являлись: возраст в интервале 35-65 лет; пол и уровень образования. Возрастное ограничение обусловлено наличием у этих людей опыта обращений в систему здравоохранения; актуальностью изучения индивидов, входящих в интервал, характеризующийся наибольшими рисками смертности (50-60 лет). Авторы публикаций утверждают, что наибольшие трудности в получении первичной медицинской помощи концентрируются в экономически неблагополучных слоях населения у лиц, обладающих слабым здоровьем. Среди малообеспеченных респондентов значительно выше доля тех, кто сталкивается со значительными трудностями в получении медицинской помощи (53,5 %), по сравнению с высокодоходной группой (30,9%). По мнению Л.В. Пановой, Н.Л. Русиновой, чем ниже материальная обеспеченность потребителей, тем больше, проблем с получением медицинских услуг, гарантированных государственной программой ОМС. По сути дела, первичная медицинская помощь организована таким образом, что людям, наиболее в ней нуждающимся, труднее всего ее получить. Авторы считают необходимым введение единого стандарта качества медицинской помощи, сформированного с учетом оценок потребителями ее удобства и своевременности, а также характера взаимоотношений с ними медицинского персонала [8].

В статье Л.М. Астафьева «Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи» на основе данных медико-социологического опроса была выстроена типология пациентов в зависимости от их отношения к собственному здоровью и от характера взаимодействия с медицинскими учреждениями. Анализируются результаты анкетного опроса, проведенного в июле-августе 2004 года в городах: Москва, Киров, Тамбов, Санкт-Петербург. Для пожилых людей как пациентов характерен пессимистичный и меркантильный настрой. Так, пессимистичный настрой присущ мужчинам в возрасте старше 60 лет, безработным (или ИТР, служащим), женатым. Меркантильный настрой характерен женщинам в возрасте от 50 до 59 лет, пенсионерам, замужним. Исследование Л.М. Астафьева показало смещение

ценностных ориентиров в сознании населения, появились такие типы личности пожилого пациента как «борец», «народник» и «недоверчивый». К типу – «борец» можно отнести пациентов с нейтральным восприятием болезни, положительным отношением к лекарствам, самостоятельным – к лечению и пассивным – к профилактике. Он присущ мужчинам в возрасте от 60 лет и старше, холостым (18,61%). Следующий тип – «народник» – отличается фаталистическим восприятием болезни, отрицательным отношением к лекарствам. Они самостоятельны в лечении и пассивны к профилактике. Это – женщины, в возрасте от 60 лет и старше, пенсионеры (или безработные), замужние (12,4%). Тип «недоверчивый» характеризуется нейтральным восприятием болезни, отрицательным отношением к лекарствам, несамостоятельным – к лечению и пассивным – к профилактике. Присущ женщинам, в возрасте от 60 лет и старше, пенсионерам, замужним (6,32%). Результаты исследования свидетельствуют о слабой информированности, безграмотности и низкой санитарно-гигиенической и физической культуре населения, снижении доверия пациентов не только к медицинским работникам, но и в целом к российскому здравоохранению и медицине. Показана необходимость мониторинговых исследований в этой области в рамках системы здравоохранения для поиска новых закономерностей и прогнозирования развития российского общества [2].

В решении проблем здоровьесбережения пожилых людей в современном обществе важную роль играет медицинское и социальное страхование. Медицинское и социальное страхование устроены таким образом, что, несмотря на большое количество профилактических программ, для медицины фактическим приоритетом всё ещё остается не профилактика болезней и поддержание здоровья здоровых, а лечение нарастающего потока больных [5]. Н.Л. Антонова в статье «Особенности взаимодействия пациента с медперсоналом в условиях обязательного медицинского страхования» показала особенности взаимодействия пациентов, включенных в ОМС, с исполнителями медицинских услуг. Очевиден вывод: институт ОМС имеет большие перспективы и важно, чтобы его функционирование отвечало требованиям не только экономической целесообразности, но и социальной направленности. Одним из актуальных направлений в его деятельности становится создание условий для эффективного взаимодействия врача и пациента, ориентированного на достижение общей цели – выздоровление [1]. Особый акцент нужно сделать на людях «третьего» возраста, так как эта социальная группа в перспективе станет преобладающей в системе обязательного медицинского страхования

Таким образом, объективные демографические, экономические, социально-психологические и медико-социальные процессы, связанные с ростом доли пожилых людей в обществе определяют необходимость разработки эффективных механизмов и форм здоровьесбережения пожилых людей. В частности, необходима разработка в пространстве социологии медицины адекватных пожилому возрасту стратегий здоровьесбережения.

Литература

1. Антонова Н.Л. Особенности взаимодействия пациента с медперсоналом в условиях обязательного медицинского страхования // Социологические исследования. – 2007. – № 3. – С. 78-81.
2. Астафьев Л.М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи // Социологические исследования. – 2005. – №6. – С. 136-139.
3. Браун Дж. В., Панова Л.В., Русинова Н.Л. Гендерные различия в здоровье // Социологические исследования. – 2007. – № 6. – С. 114-122.
4. Бурганова Л.А., Савельева Ж.В. Медикализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 100-107.
5. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социологические исследования. – 2010. – №4. – С. 75-88.
6. Владимиров Д.Г. Пожилые граждане на рынке труда: зарубежный опыт // Социологические исследования. – 2013. – № 6. – С. 57-61.
7. Колесникова И.С. Новации в социологии медицины и здоровья: заметки участника VIII конференции ЕСА // Социологические исследования. – 2008. – № 4. – С. 89-91.
8. Панова Л.В., Русинова Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. – 2005. – № 6. – С. 127-135.
9. Рыбаковский Л.Л. Динамика населения России и её компоненты в 2001-2025 гг. // Социологические исследования. – 2011. – № 4. – С. 43-49.
10. Седова Н.Н. Досуговая активность граждан // Социологические исследования. – 2009. – № 12. – С. 56-69.
11. Шаяхметова Р.Р., Утяшева И.Б. Ожидаемая продолжительность жизни в представлениях населения Башкортостана // Социологические исследования. – 2011. – № 6. – С. 44-47.
12. Шклярчук В.Я. Сохранение здоровья как фактор социального самочувствия производственного персонала // Социологические исследования. – 2009. – № 12. – С. 139-141.

Бакулова К.А., Ляпунцева О.И.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования (филиал)

РГСУ в г. Саратове

ТРАДИЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ОБЗОР

Благотворительность является одной из древнейших русских традиций. Частная благотворительность была реакцией сострадания людей по отношению к тем, кто переживает трудности, несчастья, лишения. На протяжении всего развития человеческой цивилизации любое общество, так или иначе, сталкивалось с проблемой отношения к тем его членам, которые не могут самостоятельно обеспечить себе полноценное существование: детям, старикам, больным, имеющим отклонения в физическом или психическом развитии.

В Центральном государственном историческом архиве СССР хранится немало документов, так или иначе связанных с благотворительными учреждениями. И все сопроводительные справки к этим документам кончаются одинаковыми словами: «Упразднено Великой Октябрьской социалистической революцией».

В дореволюционной России благотворительность обычно не включалась в государственные программы помощи бедным, ею занимались частные лица и общества помощи нуждающимся. Всего же в Российской империи функционировало к 1902 году 11040 благотворительных учреждений. Действовало 19108 приходских попечительских советов.

Положение России в области здравоохранения и медицины являлось отсталым по сравнению с передовыми европейскими странами. Современники признавали, что «в России болеют и умирают больше чем в других странах Европы; в особенности велика детская смертность», «средняя продолжительность жизни мала» (она составляла по переписи 1897 г. 27 лет для мужского пола и 29 лет для женского пола) [1].

В конце XVIII в. – начале XIX в. умирающий пациент становится предметом интереса и заботы профессиональной медицины, но только во второй половине XX в. сформировалось специальное направление паллиативной медицины помощи умирающим больным.

Еще на Руси организованная благотворительность как общественная система помощи, появляется с принятием христианства, с основанием первых монастырей. Именно при монастырях начали строиться первые богадельни и больницы. Пришедшие из Греции первые иноки принесли с собой не только врачебные знания, но и представление о врачевании как о подвижническом долге монахов. На протяжении многих веков монастыри наряду с религиозной деятельностью занимались врачеванием больных. Они накапливали медицинские знания и передавали их из поколения в поколение [2].

В Москве, в Новоспасском, Новодевичьем и Донском монастырях, сохранились здания XVII в., в которых находились лечебницы, долгое время бывшие основным местом, где москвичи получали врачебную помощь. Московское купечество еще в XVI в. содержало 12 богаделен, странноприимный дом для монахинь и одну больницу. Кроме благотворительных заведений Купеческого общества многие московские купцы строили и содержали на свои средства больницы, богадельни, приюты.

Например, на родине предков, в Зарайске, Бахрушины построили церковь, богадельню, училище, родильный дом, больницу, амбулаторию, выпустили на свои средства специальное издание «Зарайск. Материалы для истории города XVI-XVIII столетий». В октябре 1882 года братья передали московскому городскому голове письмо, высказав пожелание пожертвовать городу 450 тысяч рублей на строительство больницы. Бахрушинская больница для страдающих неизлечимыми болезнями на 200 кроватей – большая по тем временам – была выстроена к осени 1887 года на Сокольничьем поле, в начале Стромьинского шоссе. Главным врачом в ней был А. А. Остроумов – домашний

врач Бахрушиных. Его имя больница носит по сей день. Бахрушины не только строили медицинские и просветительские учреждения, но и обеспечивали их дальнейшее существование за счет процентов с неприкосновенного фонда, который учреждали при каждом из них. Они же финансировали постройку при больнице дома призрения для неизлечимых больных (1892 год).

Также были построены Солдатенковская (Боткинская) и детская Морозовская больницы. Многие из них со временем были превращены в административные конторы

В Москве в 1865 г. была построена богадельня на 150 мест. В течение первых лет она находилась на полном обеспечении основателей. Через десять лет, по высочайше утверждённому уставу, богадельня перешла в ведение Купеческой управы. Попечителем Солодовниковской богадельни много лет состоял отец К.С.Станиславского – Сергей Владимирович Алексеев. На средства, собранные по добровольной подписке среди московского купечества, в 1891 г. рядом с Солодовниковской богадельней была построена больница Купеческого общества, получившая название в честь императора – Александровская. В ней лечили бесплатно больных без различия званий, состояния и пола не моложе 16 лет, христианского вероисповедания, а также страдавших хроническими заболеваниями. Фактически это был приют для хронических и неизлечимых больных, который должен был разгрузить другие купеческие богадельни от «тяжёлых» обитателей, которые по старости или неизлечимости болезни требовали постоянного ухода и частой врачебной помощи.

В 1893 г., согласно завещанию московской купчихи Татьяны Гурьевны Гурьевой, пожертвовавшей некоторую сумму на строительство дома призрения на 100 человек и отдельно завещавшей 200 тысяч рублей в качестве неприкосновенного фонда для обеспечения содержания богадельни с процентов от этой суммы, на участке Солодовниковской богадельни началось строительство. По условию завещания зданию присвоили имя жертвовательницы. Открытие дома состоялось 21 января 1896 г. Сейчас в бывшем доме призрения Гурьевой находится Ожоговый центр Института хирургии им. Вишневского.

В 1905 г. на территории, примыкающей к Солодовниковской и Гурьевской богадельням, была основана ещё одна, на средства, завещанные известным меценатом, основателем Третьяковской галереи, П.М. Третьяковым. После революции в богадельнях Купеческого общества разместилась больница им. Н.А.Семашко. В 1936 г. здесь открылись клиники Всесоюзного института экспериментальной и клинической медицины, на основе которого в 1944-м была создана Академия медицинских наук СССР [3].

Великая Октябрьская социалистическая революция разрушила систему благотворительности. Многие благотворители и меценаты в одночасье стали нищими или же были вынуждены эмигрировать. Лишь с конца 1980-х гг. в России стали создаваться политические и социально-экономические условия для возрождения забытых традиций милосердия и меценатства.

Литература

1. URL: http://www.historicus.ru/mecenatstvo_i_blagorvoritelnost/
2. Модников О.П. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельящева Н.Ф. и соавт. – Ульяновск, 2004. – 48 с.
3. История Российского меценатства. / Под ред. О.В. Памбухчиянца – М.: 2000г.

Вдовина Д.М. Девличарова Р.Ю.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

РИСКИ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЭОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ И ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Труд медиков принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной, а в отдельных случаях - большой физической нагрузкой. К медицинским работникам предъявляют повышенные требования, включающие объем оперативной и долговременной памяти, внимание, выносливость и высокую трудоспособность в экстремальных условиях.

Проблема улучшения условий труда и повышения безопасности работы медицинского персонала - одна из самых актуальных для современного российского здравоохранения, так как напрямую влияет не только на здоровье самих работников медицинских учреждений, но и на качество оказания медицинской помощи в целом и, как следствие, на здоровье пациентов. Есть причины, по которым профессия медицинской сестры и врача становится профессией особого риска.

Одним из ведущих производственных факторов условий труда является биологический фактор. Работа медицинской сестры онкологических и онкогематологических отделений имеет свои специфические особенности. Медицинская сестра, работающая в онкологическом и онкогематологическом отделениях, должна четко знать основные симптомы течения злокачественных заболеваний, в том числе заболеваний крови. А также возникновение возможных осложнений во время процедур [3, 95-98].

Неблагоприятными факторами условий труда медицинских сестер онкогематологических и онкологических отделений является также и постоянный контакт с рядом химических веществ – с лекарственными средствами, среди которых преобладают цитостатические препараты, антибиотики, анальгетики; дезинфицирующие средства. Аэрозоли лекарственных и дезинфицирующих средств загрязняют воздух рабочих

помещений и оказывают неблагоприятное влияние на кожные покровы медицинского персонала. Уровень загрязнения зависит от способов введения больным различных лекарственных препаратов и проводимых манипуляций, предусматривающих выполнение инъекций и внутривенных вливаний: приготовление лекарственных растворов, заполнение шприцев, капельниц, а также способов обработки инструментария.

Психофизиологический вредный производственный фактор выражается в тяжести и напряженности трудового процесса. Средний медицинский персонал трудится в условиях высокой эмоциональной напряженности, что приводит к быстрому истощению нервной системы и, как следствие, развитию у них синдрома профессиональной деформации личности. У среднего медицинского персонала гематоонкологических отделений наблюдаются значительные интеллектуальные и эмоциональные нагрузки. Работа медицинских сестер протекает по установленному графику, но нередко их труд характеризуется выполнением одновременно нескольких срочных дел в условиях дефицита времени, неравномерным распределением обязанностей в течение смены [5, 17-20].

Кроме этого, нельзя забывать о том, что работа медицинских сестер онкогематологических и онкологических отделений эмоционально насыщена. В течение всего рабочего дня они вынуждены тесно общаться в первую очередь с пациентами, требующими заботы и внимания, их родственниками, постоянно соприкасаться с чужой болью и нередко - с безысходностью при тяжелом течении болезни, негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию, а также с коллегами, врачами и руководством [3, 95-98].

Медицинские сестры находятся в кругу, как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, испытывая при этом двойную социально-психологическую нагрузку. Это является одним из факторов, влияющим на здоровье среднего медицинского персонала, которое в свою очередь непосредственно влияет на качество оказания медицинской помощи населению. Данные факторы риска могут усилить высокая нагрузка на рабочем месте, напряженные отношения с руководителями и администрацией. Все это приводит к появлению отрицательных эмоций, которые, в свою очередь, способствуют развитию различных психоэмоциональных и психосоматических расстройств [2, 75-80].

Синдром эмоционального выгорания является скрытой проблемой, так как, развиваясь практически незаметно, может приводить к серьезным социальным (снижение качества работы, уход из специальности, рост профессиональных ошибок и др.) и медицинским последствиям (развитие депрессии, зависимостей от психоактивных веществ, суицидам) [1, 17-20].

Таким образом, проведя анализ различных исследований, можно сделать вывод о том, что медицинские сестры, работающие в онкогематологических и онкологических отделениях, постоянно находятся в ситуации «неизбежного» риска [3, 101-102]. Эмоциональное выгорание оказывается одной из актуальных

проблем в профессиональной деятельности медицинской сестры. Не стоит недооценивать данный феномен, который все чаще становится угрозой, как для самой личности медицинской сестры, так и для ее профессиональной деятельности. Нервно-эмоциональное напряжение, ночные дежурства, экстренные ситуации, постоянная ответственность за жизнь больного, контакт с психически больными пациентами вызывают повышенное психоэмоциональное напряжение и физическое утомление медицинского персонала. Синдром эмоционального выгорания стоит на ряду с другими рисками и также требует особого внимания и более подробного рассмотрения.

Литература

1. Вартапетян В.Л., Ситникова А.С. «Проблема профилактики эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала» // Главная медицинская сестра. – 2007. – №5. – С. 75-80.
2. Пальцев М.А., Денисов И.Н., Чекнев Б.М. Высшая медицинская школа в России и Болонский процесс. М.: Издательский дом «Русский врач». – 2005. – 332 с.
3. Попков В.М., Андриянова Е.А., Засыпкина Е.В., Девличарова Р.Ю., Порох Л.И. Профессиональная социализация среднего медицинского персонала: проблемы и перспективы. – Саратов: Изд-во Саратовского ГМУ, 2013. – 150 с.
4. Хетагурова А.К., Касимовская Н.А. «Медико-организационные аспекты профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер в ЛПУ стационарного типа» // Сестринское дело – 2008. – № 3. – С. 17-20.
5. Медицинские сестры требуют для себя большей безопасности в работе. Заседание координационного совета Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер в России» URL // <http://www.doctorpiter.ru>. (дата обращения: 5.03.2013)

Галкина П.А., Ледванова Т.Ю.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

КОНФЛИКТЫ В ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Алкоголизм является широко распространенным хроническим психическим заболеванием с низким процентом успешного лечения. Пролечивание этой сложной психической патологии невозможно без глубокого понимания внутриличностных конфликтов, конфликтов в ценностных ориентациях личности, составляющих основу внутренней картины болезни.

Система ценностных ориентаций является одним из важнейших образований в структуре личности, определяющим ее отношение к объектам социального окружения [3]. Б.С. Братусь определяет личностные ценности как «осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни» [1]. Алкогольная зависимость не может не влиять на ценностно-смысловую сферу личности, а они являются важнейшим мотивационным фактором человеческого поведения.

Изучению личностных особенностей больных с алкогольной зависимостью были посвящены многочисленные работы как отечественных, так и зарубежных авторов. Однако, лишь единичные работы посвящены оценке смысловых и ценностных ориентаций у больных алкоголизмом, и практически нет исследований, отражающих глубокие конфликты в ценностях зависимых [2, 5]. Хотя именно конфликты в ценностных ориентациях алкоголизирующейся личности, представляют собой основу формирования зависимости от алкоголя. Изучение особенностей профилей компонентов самосознания, ценностных и смысловых ориентаций личности больного алкоголизмом позволит выявлять мишени психотерапии и выстраивать адекватные патогенетически корректные психотерапевтические программы.

Целью настоящего исследования явилось выявление конфликтов в ценностных ориентациях и степени их выраженности у больных с алкогольной зависимостью.

В исследовании применялись «Методика Ш. Шварца для изучения ценностей личности» (в адаптации Карандашева В.Н.). Опросник состоит из двух частей, отличающихся процедурой проведения. Первая часть опросника («Обзор ценностей») предоставляет возможность изучить нормативные идеалы, ценности личности на уровне убеждений, а также структуру ценностей, оказывающую наибольшее влияние на всю личность, но не всегда проявляющуюся в реальном социальном поведении. Вторая часть опросника («Профиль личности») изучает ценности на уровне поведения, то есть индивидуальные приоритеты, наиболее часто проявляющиеся в социальном поведении личности [4].

Исследование проводилось в отделении наркологии Клиники кожных и венерических болезней. Были обследованы 30 больных с алкоголизмом мужчин и женщин в возрасте от 20 до 45 лет со второй стадией заболевания без соматических и неврологических осложнений. 32% обследованных госпитализировались впервые, 68% имели от одной до семи госпитализаций в анамнезе. Стаж активного употребления алкоголя у обследованных составил от 3 до 10 лет, форма алкоголизации – псевдозапойное пьянство. Психологическое обследование проводилось на пятый – седьмой день пребывания в клинике, после снятия симптомов абстиненции.

Контрольную группу составили 15 здоровых испытуемых. Это были студенты и педагоги учебных заведений.

Все испытуемые достоверно не различались по семейному положению, характеру профессиональной занятости и уровню дохода. Среди пациентов преобладали больные со средним и средне-специальным образованием, а так же пациенты с законченным высшим образованием.

Результаты исследования.

Испытуемым были предложены десять мотивационно отличающихся типов ценностей: власть (контроль или доминирование над людьми и ресурсами), достижение (личный успех и его демонстрация через достижения), гедонизм (собственное удовольствие и чувственное удовлетворение), стимуляция (жизнь, насыщенная острыми ощущениями и новизной), самостоятельность (независимость в мышлении и принятии решений), универсализм (понимание, высокая оценка и защита благополучия людей, природы, толерантность), благожелательность (сохранение и повышение благополучия людей), традиция (уважение и принятие обычаев и идей, которые исходят от традиционной культуры и религии), конформность (избегание действий, нарушающих социальные требования и нормы), безопасность (безопасность, гармония и стабильность общества, отношений с людьми и самого человека). Ценности были ранжированы для контрольной и исследуемой группы больных.

Ведущими в качестве нормативных идеалов больными алкоголизмом выбраны: безопасность, традиция и конформность. Ведущими ценностями на уровне поведения у тех же больных оказались, стимуляция, гедонизм и самостоятельность. Из этого можно сделать вывод, что имеются существенные противоречия между инструментальными ценностями, которые проявляются в социальном поведении и нормативными ценностями, создающими индивидуальный профиль личности больных алкогольной зависимостью.

Так как безопасность, выбранная как главная ценность в качестве нормативного идеала, относится к разряду ценностей, достигающихся консервативными социальными взаимодействиями и внешней стабильностью. На поведенческом же уровне основной была выбрана стимуляция, которая относится к разряду ценностей, подразумевающих «открытость к изменениям» и рискованный социальный рисунок поведения. То есть ценности нормативные и инструментальные у больных алкоголизмом прямо противоположны друг другу. Причем поведенческие ценности, составляющие в результате социальный статус больных алкоголизмом, имеют скорее рискованную деструктивную направленность. Хотя на уровне мотивации они хотели ли бы сохранять стабильность и безопасность.

В контрольной группе обследуемых (студентов и педагогов), в качестве нормативных идеалов были выявлены: «власть», «самостоятельность» и «достижение». Приоритетными ценностями на уровне поведения оказались: «доброта», «традиции» и «конформность».

Ведущей ценностью в качестве нормативного идеала в контрольной группе была выявлена «власть», которая согласно методике относится к

разряду «самовозвышение», а на поведенческом уровне ведущей оказалась ценность «доброта», относящаяся к разряду «самотрансцендентности», то есть стремлению к эго-интеграции, духовности и личностной целостности. То есть, так же как и у алкоголиков, у студентов и педагогов нормативные и инструментальные ценности противоположны друг другу. Но в контрольной группе наблюдается прямо противоположная тенденция. Имея высокие моральные качества, педагоги и студенты хотели бы выйти на другой уровень социального взаимодействия, приобретя противоположные качества и получив возможность иметь другие социальные приоритеты (власть, самостоятельность и достижения).

Выводы

Проведенное исследование выявило выраженные противоречия и конфликты в ценностных ориентациях как у больных алкоголизмом, так и в контрольной группе испытуемых (педагогов и студентов).

При алкоголизме происходят искажения и грубые изменения системы ценностно-смысловых ориентаций личности. Поведенческие ценности имеют определенную направленность, приводящую к деструктивным проявлениям.

Иерархия системы ценностных ориентаций изменяется таким образом, что ведущими ценностями становятся те ценности, которые в той или иной мере обусловлены влечением к алкоголю и связаны с этим влечением целями, задачами, интересами и средствами удовлетворения потребности в опьянении.

Наличие грубого конфликта между инструментальными и нормативными ценностями свидетельствует об искажении самосознания больных, зависимых от алкоголя.

Противоречия в ценностных ориентациях, выявленные у педагогов и студентов, носят скорее скрытый динамический характер и касаются глубоких внутриличностных конфликтов, которые можно отнести к димENSIONАЛЬНОЙ плоскости, определяющей нравственные и духовные приоритеты.

Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988.– 301 с.
2. Дереча Г.И. Психопатология расстройств личности у больных алкоголизмом: Дисс. ... канд. мед. наук. – Оренбург. – 2005. – 16 с.
3. Истошин И.Ю. Ценностные ориентации в личностной системе регуляции поведения / Психологические механизмы регуляции социального поведения. – М.: Наука, 1979.
4. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб.: Речь, 2004.
5. Карпец В.В. Особенности личностных ценностей и их динамика у больных алкоголизмом в процессе реабилитации // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 79-86.

Гельмут Ю.В., Орлова М.М.

г. Саратов, Россия

Саратовский национальный исследовательский
государственный университет

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Исследование проблемы самоопределения больного и инвалида можно рассматривать как перспективное направление развития понятия внутренней картины болезни в рамках клинической и социальной психологии. Личностные трансформации, сопровождающие болезнь, рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития.

Было исследовано 135 здоровых женщин и 88 больных. Больные женщины были разделены по трем ситуациям болезни: в первой ситуации болезни – 28 человек (гипертензия), во второй – 48 человек (гипертоническая болезнь), в третьей – 12 (гипертоническая болезнь, инвалидность второй группы).

Объект исследования – особенности самоотношения, копинг стратегий, психологических защит, семейных отношений больных гипертензией и гипертонической болезнью.

Предмет исследования – значимость гендерной идентичности на адаптационные стратегии у больных гипертонией в зависимости от тяжести болезни и ее социальных последствий.

Гипотеза. Мы предполагаем, что значимость гендерной идентичности имеет адаптационное значение для личности в трудной жизненной ситуации, которой является болезнь.

Был использован комплекс методов: методика «Кто Я», анализ представлений о здоровом и больном человеке по материалам анкет и методики «Незаконченные предложения», методика МИС, «Исследование жизненного стиля» Келлермана–Плутчика–Конте, «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса, исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

Для анализа данных были взяты среднеарифметические значения, рассчитаны стандартные отклонения, выявлена достоверность различий между группами согласно Т-критерию Стьюдента с достоверностью 0,05 и 0,01, а также использован метод корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 с достоверностью 0,05.

В группе здоровых женщин выявлены положительные корреляции с социальным Я человека, с социальным Я (объективным), с общим Я и с представлением, что здоровью помогают лекарства.

Это свидетельствует о том, что значимость гендерной идентичности для здоровых женщин сочетается с рефлексивностью и опорой на лекарства в

случае болезни. По – видимому, значимость гендерной идентичности для здоровых женщин не влияет на другие составляющие самосознания и является формальной.

В первой ситуации болезни, у больных гипертонией выявлены положительные корреляции со значимостью переживания болезни и здоровья, с открытостью по шкале МИС, с интеллектуально – культурной ориентацией в семье, с нервно-психической устойчивостью, с социальным Я человека, с социальным Я (объективным) и с общим Я.

Это свидетельствует о том, что значимость гендерной идентичности сочетается с рефлексивностью, с опорой на сохранение благополучия в семье и с широтой идентификации.

Во второй ситуации болезни у больных гипертонической болезнью выявлены положительные корреляции со значимостью переживания здоровья и болезни, с самоконтролем, с положительной переоценкой, с социальным Я человека, с социальным Я (объективным), с общим Я, с коммуникативным Я (объективным) и с представлением о том, что здоровье является аналогом активности и востребованности.

Это свидетельствует о связи значимости гендерной идентичности с рефлексивностью, со снижением претензий к себе, как ресурса сохранности личности, с общительностью этих больных и с пониманием здоровья как активности.

В третьей группе больных выявлены положительные корреляции с профессиональным статусом, со значимостью переживания здоровья, удовлетворенностью качеством жизни в сфере окружающей среды, с социальным Я человека, с социальным Я (объективным), с общим Я и с образом жизни, как средством сохранения здоровья.

Это говорит о том, что значимость гендерной идентичности для больных женщин связана с рефлексивностью, с тем, какое место они занимают в обществе, с опорой на образ жизни. Можно сделать такой вывод: чем больше значимость гендерной идентичности, тем больше сужается спектр адаптационных стратегий.

Сравнительный анализ по выраженности показал, что различий в частоте встречаемости гендерной идентичности между группами нет. Наибольшее количество корреляций наблюдается в первой и во второй ситуациях болезни.

При этом, в группе женщин, больных гипертонической болезнью, значимость гендерной идентичности может рассматриваться ресурсом сохранения отношения к себе в ситуации угрозы физическим и социальным возможностям, в группе инвалидов по гипертонической болезни, значимость гендерной идентичности может рассматриваться как ресурс сохранения качества жизни. Таким образом, во второй ситуации, речь идет о сохранении полноценности себя, а в третьей полноценности своей жизни.

По-видимому, в этих группах гендерная идентичность может рассматриваться как дополнительный ресурс преодоления ситуации болезни.

Полученные результаты предполагают значимость психологического сопровождения в решении вопросов полиативной помощи и сохранении качества жизни. При этом в отношении больных гипертонической болезнью это должна быть личностно ориентированная терапия, направленная на сохранение позитивного отношения к себе в ситуации болезни. А в отношении инвалидов, больных гипертонической болезнью расширение круга идентификаций и социальных ролей, ограниченных этой ситуацией.

Гречкина Е.А., Коломейчук А.В.,

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ УСТАНОВКОЙ НА ЛЕЧЕНИЕ

Алкогольная зависимость в настоящее время занимает центральное место в структуре наркологических заболеваний и признается одной из актуальных проблем здравоохранения и общества [7]. Широкая распространенность алкоголизма, негативные последствия заболевания, низкая эффективность терапии определяют актуальность изучения данной проблемы [11, 13].

В настоящее время все большее внимание уделяется целостному подходу к изучению проблеме алкоголизма, включая клинико-биологические представления о заболевании и психологические причины возникновения и механизмы развития алкоголизма [4, 8]. Особая роль отводится изучению отношению пациента к своему заболеванию, что позволяет в значительной степени рассмотреть весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, выявить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время изучение внутренней картины болезни открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации.

Особое внимание при изучении ВКБ отводится изучению степени осознания пациентом своего заболевания, что в свою очередь определяет прогноз заболевания, являясь предиктором как длительности ремиссий, так и их качества [1, 5]. В психологической традиции речь идет о специфическом отношении к болезни или особенностях внутренней картины болезни. В клинике алкоголизма последнее играет весьма важную роль в связи с феноменом так называемой алкогольной анозогнозии – тенденции к отрицанию или недооценке значимости заболевания, определяющей трудности формирования мотивации трезвости, повышенный риск рецидивов и общую резистентность к противопоалкогольному лечению [6, 3].

Некритическое отношение больного с зависимостью к своему заболеванию, т.е. анозогнозия включает аффективный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты [2]. Выделяют несколько клинических вариантов анозогнозии, которые основываются на степени выраженности её проявлений и особенностях отрицания больными факта наличия у них заболевания: тотальная анозогнозия, частичная анозогнозия и осознание заболевания [1].

Цель исследования: изучение особенностей внутренней картины болезни у лиц с алкогольной зависимостью с различной установкой на лечение.

Мы предположили, что у данного контингента больных должно иметь место своеобразие различных форм личностного реагирования на болезнь, которое, в свою очередь оказывает определенное влияние на характер установки на лечение, выявляемой у пациента.

Было обследовано 102 пациента мужского пола, находящихся на стационарном лечении клинической базе кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии в наркологическом отделении ККВБ СГМУ с диагнозом: Зависимость от алкоголя, средняя стадия, постабстинентное состояние. Срок обследования: 10-14 суток отмены алкоголя.

Критерии исключения из исследования: зависимость от других психоактивных веществ, перенесённые в прошлом черепно-мозговые травмы, неврологические, психические (в том числе выраженные психопатические черты характера) и соматические заболевания (в стадии обострения или декомпенсации).

Исследование было построено по принципу сравнительного изучения групп больных с разными установками на лечение, которые выявлялись при помощи методики оценки анозогнозии у больных алкоголизмом, разработанной Ю.В. Рыбаковой с соавторами [9]. Она представляет собой опросник, содержащий 46 утверждений, относящихся к семи субшкалам: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости.

1-ю группу составили 31 человек. В этой группе отмечалась активная установка на лечение, носящая осознанный, сформированный характер потребности в трезвой жизни. Больные этой группы осознавали степень тяжести своего заболевания, самостоятельно обращались за помощью к специалисту-наркологу, изъявляя желание пройти амбулаторный курс эмоционально-стрессовой психотерапии по избавлению от алкогольной зависимости.

2-ю группу составили 38 человек. В этой группе отмечалась пассивная установка на лечение (частичная анозогнозия), носящая лишь вербальный характер, не имеющая конкретных осознанных мотивов, планов и способов реализации. Обращение к психиатру-наркологу носило сугубо ситуативный характер, связанный с семейным либо профессиональным давлением окружения.

3-ю группу составили 33 человека. В эту группу входили больные с тотальной анозогнозией, отмечалась негативная установка на лечение, точнее сказать отсутствие установки на лечение [12].

Использовался комплекс психологических методик, в который вошли наблюдение, беседа, опрос. Определение типа отношения к заболеванию, как одной из наиболее важных характеристик ВКБ, было проведено с помощью опросника ТОБОЛ, разработанного сотрудниками Института им. В.М. Бехтерева [10]. Данная психодиагностическая методика позволяет получить и количественно оценить наиболее существенные сведения об отношении больного к своей болезни. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

В группе больных с активной установкой на лечение преобладающим типом отношения к болезни явился сенситивный (51,6%). Также был выявлен гармоничный тип отношения к болезни (29%). Также в этой группе диагностировались эргопатический (13%), тревожный (3,2%) и апатический (3,2%) типы отношения к болезни.

В группе с пассивной установкой на лечение преобладающим типом реакции на болезнь оказался сенситивный (44,7%). Однако наряду с ним выявляется апатический тип (26,3%). Также, достаточно часто диагностировался и тревожный тип отношения к болезни (13,4%). Гораздо реже отмечались ипохондрический (5,2%), эгоцентрический (5,2%), анозогнозический (2,6%) и паранойяльный (2,6%) типы отношения к болезни.

В группе больных с отсутствием установки на лечение преобладающими типами отношения к болезни явились эргопатический (39,3%) и анозогнозический (36,3%), который характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни, о возможных её последствиях. Также достаточно типичным явился эгоцентрический тип (15,2%) отношения к болезни. Наиболее реже встречался паранойяльный тип отношения к болезни (9,2%).

Таким образом, в каждой группе больных алкоголизмом с разными установками на лечение выявлены особенности внутренней картины болезни. Анализ особенностей типа отношения к болезни в зависимости от установки на лечение показал, что типичным для групп с активной и пассивной установкой на лечение является сенситивный тип, а для группы с отсутствием установки на лечение типичными явились эргопатический и анозогнозический его варианты.

Полученные результаты показывают, что дальнейшее, более углублённое изучение и научное обоснование данной проблемы позволит приблизиться к пониманию детерминант и механизмов нарушений личностной сферы у больных хроническим алкоголизмом и их связи с различными установками на лечение этого контингента. Все вышеописанные особенности могут быть использованы для построения лечебно-реабилитационных программ.

Литература

1. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: автореф. дисс ... к.м.н. ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. М., 2005.
2. Борисов С.А. Резидуальные психические расстройства и сознание болезни при опийных наркоманиях (клиника, диагностика, коррекция): 2007: Томск
3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 13–21.
4. Дунаев А.Г. Индивидуально-психологические особенности личности больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью психотерапевтической ремиссии: дисс канд. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 2006. – 151 с.
5. Качаев А.К. Политов В.В. Отрицание болезни при хроническом алкоголизме. // Клиника и патогенез алкогольных заболеваний: сб. научн. трудов. – М. 1984. – С. 164-170
6. Ключкова Л.В. Клинико-психологические особенности самосознания больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1993. – 24 с.
7. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – ПЕР СЭ., 2008. – 287 с.
8. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом. / Методические рекомендации., под ред. М.М. Кабанова., Л., 1987. – 14 с.
9. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом; Методические рекомендации / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, А.Я. Вукс и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011 – 37 с.
10. Психологическая диагностика отношения к болезни; Пособие для врачей / Л.И.Вассерман, Э.Б.Карпова, А.Я.Вукс – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005 – 33 с.
11. Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д. Методы оценки анозогнозии при наркологических заболеваниях. Неврологический вестник – 2012 Т. XLIV, вып. 4 – С. 65-74.
12. Сердюк А.А., Бабелюк В.Е. Особенности внутренней картины болезни у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом с различной установкой на лечение / Медицина сегодня и завтра: Периодический сборник научных работ молодых учёных и специалистов. – Харьков, 1998. – Вып. 3. – С. 50–51.
13. Трифонова Е.А., Яровинская А.В. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. –2010. – № 8.– Том 1 – С. 430-436.

Горбачева Ю.В., Аранович И.Ю.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Приоритетной задачей многих исследований в современной психологии является изучение психологического статуса женщины в период беременности. Психология материнства и беременности - одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной психологической науки.

Наше исследование посвящено изучению личностных особенностей беременных женщин с угрозой прерывания беременности. Объектом исследования являются пациентки Консультативно-диагностического отделения Перинатального центра 8-й городской больницы. Предметом исследования стали личностные особенности женщин с угрозой прерывания беременности. При проведении исследования были использованы следующие методы: методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности); 16-факторный личностный опросник Кеттелла (форма С).

Результаты, полученные с помощью методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина, показали, что 68.4% пациенток обладают умеренной ситуативной тревожностью, у 31.6% уровень ситуативной тревожности низкий, с высоким уровнем ситуативной тревожности пациенток нет. Высокий уровень личностной тревожности присутствует у 79% обследованных женщин, 21% женщин с умеренным уровнем тревожности. По результатам опросника Кэттелла получены следующие данные: по фактору MD «самооценка» у 58% женщин адекватная самооценка, у 15.7% неадекватно завышенная и у 26.3% неадекватно завышенная. По фактору L «подозрительность-доверчивость» подавляющее большинство пациенток 79% имеют высокие значения, что характеризует их как осторожных, эгоцентричных, настороженных по отношению к людям. В целом фактор L отражает эмоциональное отношение к людям. Очень высокие оценки по этому фактору говорят об излишней защите и эмоциональной напряженности, фрустрированности личности. 21% обладают средними значениями. Также по фактору O «спокойствие-тревожность» у большинства пациенток (53%) обнаружилось высокие оценки. Личность с высокими оценками по этому фактору чувствует свою неустойчивость, напряженность в трудных жизненных ситуациях, легко теряет присутствие духа, полна сожалений и сострадания; для нее характерна комбинация симптомов ипохондрии и неврастения с преобладанием страхов. У 37% средние значения по данному фактору и у 10% низкие. Низкие оценки по этому фактору характеризуют тех людей, которые могут справляться со своими неудачами, в отличие от тех, кто переживает

неудачи как внутренний конфликт. Результаты по фактору Q₁ «консерватизм-радикализм» показали, что у большинства женщин (73%) низкие оценки, 10.5% средние значения и у 15.8% низкие. Личностям с низкими значениями присущи консервативность, устойчивость по отношению к традициям, сомнение в отношении к новым идеям и принципам, склонность к морализации и нравоучениям, сопротивление переменам, узость интеллектуальных интересов, ориентация на конкретную реальную деятельность.

Таким образом, большинству беременных с угрозой прерывания беременности свойственны следующие черты: осторожность, настороженность по отношению к людям, ипохондричность, неврастеничность, переживание неудачи, как внутреннего конфликта, мнительность в отношении новых идей и принципов, сопротивление переменам.

Дубровина М.С., Кром И.Л.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове

СТРАТЕГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СОЦИАЛЬНЫМ СИРОТАМ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Социальное сиротство в современной России – это аномальное явление, результат социальных потрясений в жизни общества, характеризующихся дефицитом общественных и социальных институтов, обеспечивающих соблюдение основных прав и свобод ребенка [1, 123].

Проблема социального сиротства настолько масштабна, что вполне заслуженно может претендовать на повышенное внимание со стороны исследователей. Острота социальной проблемы обусловлена, с одной стороны, увеличением числа социальных сирот, а с другой – неэффективным функционированием системы социально-правовой поддержки, которая в современной России ориентирована в основном на учет первичных потребностей социальных сирот. На современном этапе развития общества решение проблем социального сиротства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства [2, 127].

Социальный сирота – это ребенок, который имеет биологических родителей, но они по каким-то причинам не занимаются воспитанием ребенка и не заботятся о нем. В этом случае заботу о детях берет на себя общество и государство. Это и дети, родители которых юридически не лишены родительских прав, но фактически не заботятся о своих детях [3, 136].

Сиротство как фактор разрушает эмоциональные связи ребенка с окружающей его социальной средой, с миром взрослых и сверстников, развивающихся в более благоприятных условиях, и вызывает глубокие вторичные нарушения в развитии личности [4, 345].

В связи с этим первоочередной задачей перед государством, в лице законодательных и исполнительных органов власти становится оптимизация процесса социализации детей. Лица, занимающиеся проблемами обучения и воспитания детей, направляют все свои усилия на поиск эффективных путей и способов развития ребенка, будущего самостоятельного члена общества.

На сегодняшний день актуально и очень важно найти механизмы воздействия на социализацию личности, чтобы обеспечить успешное вхождение ребенка в жизнь общества, сформировать систему качественной медицинской, социальной, психолого-педагогической помощи детям социальным сиротам [5, 26].

Оказание медико-социальной помощи социальным сиротам берет на себя государство, которое законодательно регламентирует социальную поддержку семьи, материнства и детства, и определяет нормативными правовыми актами меры государственной поддержки, однако, главной проблемой в данном случае является социализация детей как вне семье, так и в новых семьях (опекунских, приемных - т.е. в тех, где отсутствует генетическая связь между детьми и родителями). Основное содержание социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, заключается в защите их прав, устройстве, контроле за условиями их содержания, социальной реабилитации и адаптации, помощи в трудоустройстве и обеспечении жильем [6].

В частности меры государственной поддержки детей-сирот предусмотрены Федеральным законом от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» [7, 11226], которые предоставляются и обеспечиваются органами государственной власти в различных областях социальной сферы:

1. При получении образования. Для реализации права на образование гражданам, нуждающимся в социальной помощи, государство полностью или частично оплачивает расходы на их содержание в период обучения (пункт 4 статья 6 ФЗ от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ). Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [8, 17807], предусматривает прием детей-сирот, оставшихся без попечения родителей в государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования вне конкурса при условии успешной сдачи вступительных экзаменов. Лица данной категории зачисляются на полное государственное обеспечение до окончания ими государственного или муниципального учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования (пункт 3 статья 6 ФЗ от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ). Кроме того, им выплачивается стипендия, размер которой увеличивается не менее чем на пятьдесят процентов по сравнению с размером стипендии, установленной для обучающихся в данном образовательном учреждении (пункт 5 статья 6 ФЗ от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ)

2. В области труда и занятости. Главной задачей государства в сфере труда и занятости выпускников учреждений для детей-сирот и детей,

оставшихся без попечения родителей, является предоставление им равных возможностей в реализации права на труд и выбор профессии с помощью различных мероприятий. Включая профессиональную подготовку, установление квот, стимулирование работодателей к приему этих граждан на работу, а также резервирование отдельных видов работ для трудоустройства таких граждан (статья 9 ФЗ от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ).

3. При медицинском обслуживании. Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также лицам из их числа, предоставляется бесплатное медицинское обслуживание и оперативное лечение в любом государственном и муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. В том числе проведение диспансеризации, оздоровления, регулярных медицинских осмотров за счет средств соответствующего бюджета. Кроме того, им предоставляются бесплатные путевки в школьные и студенческие спортивно-оздоровительные лагеря (базы) труда и отдыха, в санаторно-курортные учреждения при наличии медицинских показателей, бесплатный проезд к месту отдыха, лечения и обратно (статья 7 ФЗ от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ).

4. В жилищной сфере. Одним из важнейших вопросов, с которым сталкиваются выпускники учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей является вопрос обеспечения жилой площадью. Защита жилищных прав осуществляется в следующих направлениях: закрепление и предоставление жилья, контроль за его фактическим использованием, до наступления совершеннолетия выпускников государственных учреждений, контроль при заключении сделок с жилыми помещениями, принадлежащими несовершеннолетним выпускникам.

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также дети, находящиеся под опекой (попечительством), имевшие закрепленное жилое помещение, сохраняют на него право на весь период пребывания в образовательном учреждении или учреждении социального обслуживания населения. А также в учреждениях всех видов профессионального образования независимо от форм собственности, на период службы в рядах Вооруженных Сил Российской Федерации, на период нахождения в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы (статья 8 ФЗ от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ). А лица, не имеющие закрепленного жилого помещения, обеспечиваются органами исполнительной власти по месту жительства вне очереди равноценной ранее занимаемому ими (или их родителями) жилому помещению жилой площадью не ниже установленных норм.

В современной ситуации обеспечить ребенку его права, и, прежде всего, право «жить и воспитываться в семье» [9, 116], возможно только при взаимодействии всех организаций и учреждений, деятельность которых направлена на социальную работу и поддержку детей. Значительное место в этой системе занимает специализированное учреждение для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (социальные

приюты, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, центры помощи семье) [10, с.271].

Итак, по мнению специалистов, наиболее предпочтительной формой социализации ребенка, является передача на усыновление, под опеку родственникам или в замещающую семью, т.к. именно жизнь в семье (опекунской, приемной или патронатной) позволяет ребенку-сироте восполнить то, чего ему не доставало, а именно пройти полный курс домашней социализации (переживание и освоение различных ролей в семье), наблюдения за образцами детско-родительских и супружеских отношений, развитие дефицитных чувств сострадания, родительской теплоты и т.д., а главное - получить необходимую стартовую площадку для дальнейшей жизни.

Литература

1. Филиппова Л.Н. Социальное сиротство в современном Российском обществе (социально-философский анализ): дис. ...канд. филос. наук. – Ростов/нД, 2004. – 134 с.
2. Попова Т.И. Социальное сиротство в России // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – 236 с.
3. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2-е изд. – СПб. – 2005. – 400 с.
4. Гарднер Р. Психотерапия детских проблем: пер. с англ. – СПб: Речь. – 2002. – 416 с.
5. Осипова И.И. Система предотвращения социального сиротства и правонарушений несовершеннолетних – Ориентиры партнерства. Информационно-методический бюллетень. Специальный выпуск. – М.: Центр «Социальное партнерство». – 2008. – 27 с.
6. Кобзева С.И. Источники права социального обеспечения России / Практикум. Учебное пособие. – М.: «Проспект», 2009. Информационно – правовая система «ГАРАНТ».
7. Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // Собрание законодательства Российской Федерации от 23 декабря 1996 г. – № 52. – Ст. 5880. – 11232 с.
8. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 31 декабря 2012 г. № 53 (часть I). – Ст. 7598. – 17934 с.
9. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 46. – Ст. 5243. – 153 с.
10. Сушко Н.Г. Скрытое социальное сиротство как психологический феномен. // Вестник ТОГУ. №2 (13) – 2009 г. – 276 с.

Збарский М.Э., Кром И.Л.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования

(филиал) РГСУ в г. Саратове

ИНВАЛИДНОСТЬ – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА НЕРАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Проблема реабилитации лиц с ограниченными возможностями принадлежит к числу наиболее актуальных в России. В настоящее время увеличивается количество детей с различными отклонениями в развитии. Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями.

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушением в развитии, затруднением в самообслуживании, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками [1].

Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число детей–инвалидов в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками), всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей–инвалидов [2].

С конца XX столетия частота детской инвалидности в нашей стране увеличилась и по разным данным составляет от 6 до 9%. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен, поэтому проблема сохранения здоровья населения, в частности здоровья детей, становится приоритетной для государства [3].

Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, снижает его социальную значимость, обособляет от «нормального» детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекает его на признание своего неравенства, неконкурентоспособности по сравнению с другими детьми. Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предполагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выживать.

Следствием ориентации общества и государства на эту модель является социальная изоляция ребенка с ограниченными возможностями, развитие у него пассивно-иждивенческих жизненных ориентаций [4].

Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, она в гораздо большей степени является социальной проблемой неравных возможностей.

Основная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья ребенка, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб.

Ребенок, имеющий инвалидность, может быть так же способен и талантлив, как и его сверстник, не имеющий проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу ему мешает неравенство возможностей.

Ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве [5].

Государство призвано не просто предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, необходимо устранить ограничения, препятствующие процессам его социальной реабилитации, социализации и индивидуального развития.

Литература

1. Зозуля Т.В., Свистунова Е.Г., Чешихина В.В. Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Т.В. Зозули. – М.: Издательский центр «Академия», 2011.
2. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей // Дефектология – 2010. – №3.
3. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями. – М., 2011.
4. Садхана Атван. Идеи независимой жизни инвалидов и социально-педагогическая поддержка ребенка с ограниченными возможностями. – Санкт-Петербург – 2010.
5. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России. – М.: Логос. – 2011.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ КАК ФОРМА АДАПТАЦИИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Принцип субъектности в исследованиях адаптации больного человека направлен на сохранение его внутренней целостности. В частности, речь идет о сохранении целостной идентичности, в умении принимать ответственность за сложившуюся ситуацию, в выработке осознанной адаптационной стратегии, направленной на реализацию собственной личности, несмотря на проблемы и ограничения, которые приносит в жизнь больного болезнь [3].

Изучение активности человека по преодолению жизненных трудностей А.И. Анциферовой предлагается анализировать с позиций его собственного внутреннего мира, внутренней реальности. Именно внутренняя реальность регулирует восприятие и представления человека об окружающем мире и его действий в нем [3].

Если болезнь рассматривать как вариант трудной жизненной ситуации, то это будет предполагать анализ ее с точки зрения социально-психологических механизмов и адаптационных стратегий.

Одной из значимых составляющих анализа социальной идентичности человека является анализ его идентификация с гендерными ролями.

Результаты исследований в области гендерной социализации приводят к выводу, что особенности мужской и женской поло-ролевой идентификации специфически отражаются на положении человека в обществе, его личной и профессиональной судьбе.

Проблемы адаптации в трудной жизненной ситуации предполагают различия, связанные с полоролевыми установками в обществе, вместе с тем, их специфичность исследована недостаточно. А в рамках трудных жизненных ситуаций, связанных с болезнью таких работ практически нет.

Эффективной социально-психологической адаптацией считается принятие индивидом своих социальных ролей, адекватное восприятие себя и своих связей в обществе, а также умение реагировать адекватно на изменяющиеся ситуации, используя успешные адаптационные механизмы (поведенческие стратегии, копинги, психологические защиты) [3].

В целом ряде работ отмечается необходимость изучения идентичности человека, как субъективной [1] составляющей ситуации болезни, т.к. в силу возникающих в ходе болезни ограничений и субъективных реакций на них больным и инвалидам приходится дистанцироваться от некоторых социальных ролей или регулировать степень вовлеченности в них [4].

Особенно значима проблема целостности социальной идентичности в ситуации тяжелого заболевания, когда привычная система социальных ролей и представлений о себе и других разрушается.

Нами было проведено исследование, направленное на изучение значимости тендерной роли и взаимосвязь ее с психологическими защитами, копинг-стратегиями, качеством жизни, самоотношением и представлениями о здоровом и больном человеке.

Объектом исследования явились мужчины и женщины возрастной категории от 25 до 55 лет с сахарным диабетом и бронхиальной астмой.

Предметом нашего исследования была значимость гендерной идентичности в зависимости от ситуации здоровья и болезни и ее адаптационный смысл для личности.

Гипотеза: Мы предполагаем, что гендерная идентичность в ситуации болезни имеет адаптационный характер и может рассматриваться частью внутренней картины болезни.

Были использованы следующие методы исследования:

1. Методика КТО Я?
2. Анализ представлений о здоровом и больном человеке по материалам анкет и методики «Незаконченные предложения»
3. Методика МИС,
4. «Исследование жизненного стиля» Келлермана–Плутчика–Конте,
5. «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса,
6. Опросник качества жизни (версия ВОЗ)
7. Авторская методика моего научного руководителя К.пс.наук. Орловой М.М. «Исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни».
8. «Шкала семейного окружения» С.Ю. Куприянова
9. Методика «Адаптивность».

Нами были получены следующие результаты.

В группе здоровых мужчин выраженность признака «Гендерная идентичность составила 64%.

Значимость гендерной роли (идентификации себя с полом) в группе здоровых мужчин показала положительную корреляцию с негативным самоотношением или внутренней неустроенностью (363) и с рядом психологических защит: регрессией (335), замещением (304), проекцией (435), компенсацией (376)), что свидетельствует о неудовлетворенности и необходимости защиты Эго прежде всего от обвинений в свой адрес, предполагаемых со стороны окружающих. По-видимому, гендерная роль мужчины накладывает на человека чрезмерные требования, что приводит к субъективной невозможности с ними справиться.

Корреляции с представлениями о здоровом человеке показали, что значимость гендерной роли, в группе здоровых мужчин, снижает представление о том, что быть здоровым, это быть счастливым (-352) и снижает оптимизм в возможности сохранения здоровья (-256).

По-видимому, сфера здоровья, рассматривается уязвимой опорой в возможности реализовать себя в данной гендерной роли. Отсюда можно сделать вывод о том, что в группе здоровых мужчин значимость идентификации себя с гендерной ролью создает выраженную требовательность к себе и недостаточность ресурсов, к которым в частности относится здоровье.

В группе мужчин, больных сахарным диабетом, выраженность значимости гендерной идентичности составила 48%.

Значимость гендерной роли в группе мужчин больных сахарным диабетом повышает качество жизни в физической сфере(457), в сфере уровня независимости (517), социальных взаимодействий (447) и духовной сфере (444). Это видимо предполагает оптимизирующее влияние значимости гендерной идентичности. При этом происходит повышение значимости семейной поддержки. Больные, для которых значима гендерная идентичность, отмечают, что сохранению здоровья помогает семья (479). Это, видимо, можно рассматривать как ресурс. Положительные корреляции с психологической защитой «замещение» (527) и со шкалой «экспрессивность», методики ШСО (458).

Таким образом, значимость тендерной роли у мужчин больных сахарным диабетом можно рассматривать, как вариант замещения в ситуации неудовлетворенности собой, связанный с болезнью, значимостью в семейных отношениях, что повышает качество жизни и зависимость от семейных отношений.

В группе мужчин, больных бронхиальной астмой, выраженность значимости гендерной идентичности в группе составила 32%.

Значимость гендерной идентичности в группе мужчин с бронхиальной астмой снижает общее качество жизни и состояние здоровья, а именно снижается качество жизни в сфере социального взаимодействия (-589), уровня независимости (-503), физической (-505) и психологической сфер (-454) и окружающей среды (-641).

Отмечается положительная корреляция гендерной идентичности с психологической защитой «замещение» (377), социальным и коммуникативным Я.

Значимость гендерной роли отрицательно коррелирует с самоуважением (-452) и со шкалой «саморуководство» (-566), что может говорить о том, что полоролевой стереотип снижает адаптационный потенциал личности в ситуации хронического заболевания, отмечается отрицательная корреляция со шкалой нервно-психическая устойчивость (-436).

Сравнение выраженности идентификации себя с гендерной ролью у здоровых мужчин, мужчин, больных сахарным и бронхиальной астмой показало некоторое снижение идентификации себя с полом у мужчин больных сахарным диабетом, при бронхиальной астме значимость гендерной роли снижается ещё больше.

При этом по данным коррекционного анализа, мы выявили различный смысл этой идентификации, с точки зрения адаптационных механизмов

личности. Если для здоровых мужчин идентификация с гендерной ролью подчеркивает значимость соответствия требованиям, предъявляемым этой ролью, то у больных диабетом это адаптационный механизм в ситуации ограниченных возможностей, позволяющий адаптироваться, опираясь на свою значимость в семье. При бронхиальной астме адаптационный потенциал личности значимо снижается.

Выраженность значимости тендерной роли в группе здоровых женщин составила 50%.

Значимость гендерной роли в группе здоровых женщин положительно коррелирует с социальным Я (181) и с фактором «Все заслуживают здоровье» (178), отрицательно коррелирует с материальным Я(-201).

Отсюда можно сделать вывод, что вероятно значимость гендерной роли для здоровых женщин не связана, ни с самоотношением, ни с адаптационными стратегиями, ни с качеством жизни и имеет, скорее всего, декларативный и самоочевидный характер.

Выраженность значимости гендерной роли в группе женщин, больных сахарным диабетом, составила 57%.

Значимость гендерной роли в группе женщин больных сахарным диабетом положительно коррелирует со значимостью переживания здоровья, с пассивным копингом бегство-избегание (554), психологической защитой компенсация (449), с социальным Я (461), коммуникативным Я (530) и с представлением о значимости негативных перспектив для больного человека (435), отрицательно коррелирует с физическим Я (-461) и негативным Я (-461).

Отсюда можно сделать вывод, что значимость гендерной роли связана с позитивным отношением к себе в рамках социальных ролей и общительности, пассивными стратегиями преодоления, восторженным отношением к переживанию здоровья и страхом негативных последствий (перспектив) болезни.

По-видимому, гендерная идентичность выступает как психологическая защита восприятия себя как социального человека, угрозой чего рассматривается болезнь.

Выраженность значимости гендерной роли в группе женщин, больных бронхиальной астмой, составила 64%.

Значимость гендерной роли в группе женщин, больных бронхиальной астмой повышает общий уровень качества жизни: уровень независимости (320), окружающей среды (382), духовной сферы (325), положительно коррелирует со шкалой «Экспрессивности» (539), отрицательно – с негативным Я (-455).

Следовательно, идентификация с гендерной ролью выступает формой психологической защиты с опорой на эмоциональную поддержку семьи.

Можно сделать вывод о том, что при различных формах патологии идентификация с гендерной ролью у мужчин предполагает повышенную требовательность к себе, при этом, у больных сахарным диабетом происходит смещение роли мужчины в семейную сферу, за счет чего возникает

возможность сохранить социальную значимость, у больных бронхиальной астмой не возникает такого смещения и снижена претензия на эту роль.

У женщин гендерная роль выполняет функцию психологической защиты в обеих группах больных, сохраняя качество жизни и самоотношение.

Полученные данные подтверждают универсальность значения гендерной идентичности в структуре самосознания как характеристики, влияющей на характер психотравмирующей ситуации, в частности, определяет ситуацию болезни, как социально-психологическую. Это требует продолжения исследований и выделения моделей гендерной специфичности адаптации к болезни.

Литература

1. Милейко М.В. Динамика «Образа-Я» у детей с хронической гастродуоденальной патологией в процессе медицинской и психологической реабилитации. Автореф. ... канд. психол.наук. – Санкт-Петербург. – 2009. – 23 с.

2. Нечаева М.В., Антохин Е.Ю, Бардюркина В.А. др. Взаимосвязь клинических проявлений и самостигматизация при дистимии // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2010. – № 41.

3. Орлова М.М. Понятие «ситуации болезни» – объективные и субъективные составляющие // Известия Саратовского Университета. Новая серия. Т.9. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2009 год. – Выпуск 1. – С. 82-87.

4. Симонова О.А. К формированию социологии идентичности // Социологические исследования. – 2008. – № 3.

Колпаков А.В.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ ЗА РУБЕЖОМ: СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ

Благотворительность известна во всех странах мира, однако уровень ее развития в них неодинаков. Лидеров мирового рейтинга можно обозначить как «беневоолентные» страны. Одной из таких стран является США, где благотворительность стала частью жизни всего общества. Именно здесь можно наблюдать наибольшее разнообразие ее методов и форм [1, с. 75].

В 2010 году международной организацией Charity Aids Foundation (CAF), которая известна своей исследовательской деятельностью в области благотворительности, было проведено социологическое исследование частной благотворительности в 153-х странах мира (95 % населения Земли) [2, с. 2–3].

По уровню развития благотворительной деятельности страны мира можно разделить на три основные группы:

1) страны с высоким уровнем развития благотворительности, ее давними традициями («беневолентные страны»): Австралия, Новая Зеландия, Ирландия, Канада, Швейцария, США, Нидерланды, Великобритания, Шри-Ланка, Австрия.

2) страны со средним уровнем развития – Израиль, Судан, Финляндия, Швеция, Кипр, Мексика и пр.;

3) страны с низким уровнем – Россия (138-е место в рейтинге), Украина, Греция, Китай, Турция, Португалия, Болгария и пр.

Особый интерес представляет организация благотворительности в странах первой группы. В США ежегодный объем пожертвований составляет 1,7 % ВВП – это самый высокий показатель в мире (в России 0,15% ВВП). Доля средств частных лиц в благотворительности – 83 % от общей суммы. На втором месте – Великобритания, для которой этот показатель равен 0,73%, на третьем – Франция (0,6%) [3].

Благотворительность в США – это неотъемлемая часть жизни, повседневная практика американского общества, охватывающая те сферы, которые часто упускаются государством или общественными организациями.

За последние десятилетия медицина сделала множество открытий, научилась бороться с очень серьезными заболеваниями, появились методы лечения так называемых «смертельных» болезней [4]. Успешное развитие медицины и благотворительности дает больным детям и взрослым новый шанс, это шанс на успешное выздоровление. Люди, которые обращаются за помощью в благотворительные организации, зачастую уже лишись какой-либо надежды. Современная благотворительность сделала процесс оказания помощи максимально простым и доступным для всех [5].

Крупные благотворительные фонды мира жертвуют огромные суммы на поддержку нуждающимся, только «большая десятка» в общей сложности осуществляет пожертвования приблизительно на 7-10 миллиардов долларов.

По данным «Благотворительные фонды мира» рейтинг благотворительных фондов мира [4]:

1. Билл Гейтс известен не только тем, что он стал разработчиком самой популярной операционной системы, но и тем, что обосновал в 2000 году благотворительный фонд «Билла и Мелинды Гейтс», который на сегодняшний день является самым значимым в мире. На развитие фонда были потрачены деньги Билла Гейтс, только в первый год он пожертвовал на его развитие 106 миллионов долларов. Благотворительная организация оказывают помощь тяжело больным и бедным людям, а также помогает развиваться здравоохранению и образованию. В развитие фонда принял участие еще один бизнесмен — Уоррен Баффет. Благотворительный фонд Билла и Мелинды Гейтс заслуживает первую строчку в рейтинге «Благотворительные фонды мира».

2. На втором месте в рейтинге «Благотворительные фонды мира» находится «Wellcome Trust» — самый популярный британский благотворительный фонд. Организация была основана еще в далеком 1936 году в Лондоне, в честь фармацевта Генри Уэлкома. В программу фонда входит развитие здравоохранения и медицины, защита людей и животных, также проводится активное финансирование медицинских и научных исследований. «Wellcome Trust» – самый большой фонд в Великобритании, в 2005 году счет фонда превышал сумму в двадцать три миллиарда долларов.

3. Третьим по значимости среди благотворительных фондов мира на данный момент является медицинский институт Говарда Хьюгса. Основан фонд был в 1973 году Говардом Хьюгсом. Нынешних масштабов фонд достиг благодаря приобретения Hughes Aircraft компанией General Motors. Благотворительный фонд помогает исследованиям в области молекулярной биологии, иммунологии и генетики.

4. Четвертым по величине считается благотворительный фонд «Lilly Endowment». Однако данный фонд можно считать узконаправленным. Не смотря на то, что фонд ежегодно выделяет значительные средства на развитие здравоохранения, науки и образования, средства в основном не выходят за пределы штата Индиана. Основатель фонда Джозиян Лилли сделал солидный вклад в развитие своего штата и фармацевтики Соединенных Штатов в целом.

5. На пятом месте в рейтинге «Самые крупные благотворительные фонда мира» находится благотворительный фонд Форда. Основателем этого фонда является Эдзель Форд – глава компании Ford Motor. Огромные средства были вложены Фордом для борьбы с бедностью, в развитие науки и медицины, улучшения финансового состояния в стране и пожертвованы на различные благотворительные проекты. Также благотворительный фонд Форда занимается защитой прав человека.

6. Компания Johnson & Johnson. Сын основателя компании открыл собственный благотворительный фонд Роберта Вуда Джонсона, который со временем занял своё место в списке «Благотворительные фонды мира». Благотворительная организация Джонсона была основана в 1936 году, с того времени фонд активно помогает бедным, а также людям, страдающим от хронических заболеваний.

7. Фонд Robert Bosch Foundation, основанный в 1964 году Робертом Бошем. На данный момент это самая крупная немецкая благотворительная организация. Бюджет фонда на 90% состоит из акций компании Bosch, а весь бюджет находится в пределах семи миллиардов долларов. Благотворительный фонд Боша жертвует средства на научные исследования, развитие науки, медицины и здравоохранения. Также он занимается гуманитарной помощью и поддержкой образования, фонда является владельцем одних из самых перспективных исследовательских центров Германии.

8. Фонд Уильяма и Флоры Хьюлетт. Основателем благотворительной организации стал один из главных директоров известнейшей компании Hewlett-Packard. Фонд занимается поддержкой здравоохранения, развитием

образования, защитой окружающей среды и оказывает помощь ВИЧ-инфицированным.

9. Благотворительный фонд Дэвида и Лусиль Паккард. Вместе со своей семьей Дэвид Паккард обосновал один из крупнейших в мире благотворительных фондов, который ежегодно жертвует на развитие здравоохранения и науки, а также улучшения жизни детей свыше 200 миллионов долларов. Бюджет благотворительной организации в большей мере состоит из личных средств Дэвида Паккарда.

Благотворительные фонды мира оказывают помощь инвалидам, больным детям и взрослым. Целью деятельности фондов является улучшения качества жизни людей в ситуациях болезни.

Литература

1. Кудринская Л.А. Благотворительность и спонсорство в современном российском обществе: опыт теоретического анализа // Омский научный вестник. Серия Общество. История. Современность. – 2009. – № 6 (82). – С. 73–77.

2. Мировой рейтинг благотворительности-2010: результаты соц. исследования Charities Aid Foundation // Материалы сайта САФ Россия. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cafrussia.ru/files/blocks/World%20Giving%20Index%20Final%20Report.pdf>

3. Благотворительность в США // Возрождение: материалы сайта благотворительного фонд. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://charity-children-world.com/charity_in_usa.php

4. Благотворительные фонды мира [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pomogi-delom.ru>.

5. Благотворительность / Под общ. ред. И.Г. Минервина; сост. Р.Б. Автономов, Е.П. Балюк – Южно-Сахалинск, 2004.

Кузнецова М.Н.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Социально-экономические преобразования, происходящие в России на протяжении последних десятилетий, выдвигают на передний план вопрос о социальном благополучии личности и семьи в постоянно изменяющемся социуме. В настоящее время самыми актуальными направлениями становятся социализация отдельных индивидов, проблема социализации на групповом, региональном и общественном уровнях и те программы, которые принимаются правительством для повышения возможностей социализации лиц с

психическими расстройствами. Солодников В.В. в своей статье «Социально дезадаптированная семья в контексте общественного мнения» [22] указывает на привычность таких терминов как «социально-незащищенный», «неблагополучный», «педагогически запущенный» и т.д. В своей работе автор исходит из определения социальной адаптации как «вида взаимодействия личности или социальной группы с социальной средой, в ходе которого согласовываются требования и ожидания его участников» [26]. Безусловно под описание социально дезадаптированной семьи попадают и семьи, члены которых имеют психические/физические заболевания. Такие семьи лишены возможностей нормально обеспечивать себя материальными средствами для проживания. В качестве наиболее общего критерия социальной дезадаптированности Солодников указывает общественное мнение.

Большое внимание уделяется и проблемам при получении образования среди лиц с ограниченными возможностями, психических больных и инвалидов.

Например, в своей работе Д.В. Зайцев рассматривает направленность социальной государственной политики на смягчение и упрощение получения образования для детей с психофизическими отклонениями и указывает на существование расхождения между существующим законом и его реализацией, подразумевая и даже отсутствие возможностей для его реализации. До настоящего времени политика в отношении образования детей с психофизическими отклонениями ориентирована на их изоляцию в специализированных учреждениях. Это оговаривается якобы полезностью такой программы и тем, что только в подобных учреждениях за детьми будет возможен соответствующий уход. Как решение данной проблемы Зайцев предлагает создать оптимальное интегрированное образование – процесс совместного обучения и воспитания детей с ограничениями здоровья и не имеющих таких ограничений [16].

Е.В. Кулагина в своей статье «Образование детей с ограниченными возможностями здоровья: опыт коррекционных и интеграционных школ» касается проблем коррекционного и интеграционного обучения. Рассматривая оба вида образования, она приходит к выводу, что оба этих типа образования сейчас необходимы в России и в равной степени дополняют друг друга. В современной научной литературе интеграционное исследование обосновывается повышенной доступностью и хорошим качеством образовательных услуг, указываются и преимущества улучшенной социализации детей с психофизическими отклонениями. Интеграционное образование противопоставляется коррекционному, притом о последнем говорят как о способствующем изоляции и дезадаптации учащихся. Все это связано с нехваткой информации по кругу социальных проблем инвалидности. Даже в настоящее время не существует единого правила определения категории детей, которые нуждаются в коррекционном образовании. В защиту коррекционного метода образования Кулагина называет его социально-защитную функцию и поддержку, которую обеспечивает государство самим учащимся, а также их семьям.

Проблемы возможного трудоустройства широко освещаются в статье П.В. Романова и Е.Р. Ярской-Смирновой «Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости» [18].

Важной проблемой в процессе социализации психических больных является и получение медицинской помощи. В своей статье «Неравенстве в доступе к первичной медицинской помощи» Л.В. Панова Л.В. и Н.Л. Русинова [17] указывают на существующие недоработки в этом вопросе.

Проблемам профессионального устройства и последующего карьерного роста посвящена статья Н.В. Кураевой «Проблемы профессионального становления молодого инвалида». Автор указывает на все возрастающее число инвалидов в России – «Ежегодно признаются инвалидами около 3,5 млн. человек, в том числе более 1 млн. – впервые. Увеличивается и число детей-инвалидов. Их численность возросла с 453,7 тыс. человек в 1995 г. до 613 тыс. человек в 2004 г.» Проведенный автором опрос показал, что подростки с психифизическими отклонениями свой профессиональный выбор объясняют либо помощью специалистов, либо помощью родителей. Учителей не выделяет никто. Это показывает, что система образования для таких детей не нацелена на их последующее трудоустройство. Многие из опрошенных (52%) испытывают значительные трудности в своей профессиональной деятельности. Автор указывает, что это является прямым результатом их недостаточной осведомленности о существующих профессиях для данной группы людей. Еще одним серьезным препятствием на пути профессионального становления инвалида является отсутствие контроля и помощи.

В.Г. Сухих описывает в своей статье [24] описывает основные региональные модели реабилитации инвалидов и указывает на то, что в связи с вступлением России в международное соглашение по обеспечению прав инвалидам, эти модели требуют пересмотра и доработки. Сухих отмечает, что несмотря на то, что инвалиды оказались на «социальной периферии» общественной жизни, они сами готовы к более полному включению в общественную жизнь [24, 101].

Современная социология медицины очень мало внимания уделяет проблематике Интернет-консультирования и Интернет-пространства в частности. Однако в современном обществе Интернет становится для людей с психическими отклонениями мощным агентом вторичной социализации, принимая на себя роль проводника и связующего звена между людьми с психофизическими отклонениями и реальным миром.

Использование возможностей Интернет-пространства особенно эффективно в тех сферах медицинской деятельности, где коммуникация выступает одним из факторов лечения заболевания. В нашей стране такое явление как Интернет-консультирование на данном этапе развито крайне слабо и не получило должного распространения, однако количество сайтов такого характера увеличивается с каждым годом. Подобное расширение говорит о том, что появилась необходимость научного анализа и изучения данной проблемы, пока что практически не разработанной.

Литература

1. Алексунин В.А., Митьков С.А. Социальные аспекты платных медицинских услуг // СоцИс. – 2006. – № 5.
2. Еляков А.Д. Российское общество в информационном измерении // СоцИс. – 2009. - №7.
3. Зайцев Д.В. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями // СоцИс. – 2004. – № 7.
4. Карпова Г.Г. Инвалиды и культурная политика: проблемы доступности // СоцИс. – 2010. – № 10.
5. Кислицына О.А. Социально-экономические факторы риска психических расстройств подростков // СоцИс. – 2009. – № 8.
6. Корнилова М.В. Особенности социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов // СоцИс. – 2011. – № 8.
7. Коротникова Н.В. Виртуализация общества и Интернет как средство производства сетевых коммуникаций // СоцИс. – 2007. – № 2.
8. Коротникова Н.В. Интернет-зависимость и депривация в результате виртуальных взаимодействий // СоцИс. – 2010. – № 6.
9. Куваева Н.В. Проблемы профессионального становления молодого инвалида // СоцИс. – 2007. – № 1.
10. Кулагина Е.В. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья: опыт коррекционных и интеграционных школ // СоцИс. – 2009. – № 2.
11. Липай Т.П. Стигматизация в практике образовательных школ // СоцИс. – 2009. – №11.
12. Наберушкина Э.К. Доступность городской среды для инвалидов // СоцИс. – 2010. – № 9.
13. Панова Л.В., Русинова Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // СоцИс – 2005. – № 6.
14. Панченко В.Ю. О понятии социальной помощи в современном обществе // СоцИс. – 2012. – № 5.
15. Печенкин В.В., Зайцев Д.В. Проблемы образования в представлениях инвалидов // СоцИс. – 2008. – № 3.
16. Проект Закона РФ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» // Дефектология. – 1995. – № 1. – С. 3.
17. Ринкявичус Л., Буткявичене Э. Концепция общности (Gemeinschaft/community) и ее специфика в виртуальном пространстве / СоцИс. – 2007. – № 7.
18. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости // СоцИс. – 2005. – № 2.
19. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // СоцИс. – 2010. – № 9.
20. Силаева В.Л. Интернет как социальный феномен // СоцИс. – 2008. – № 11.

21. Силаева В.Л. Об использовании понятия «виртуальный» // СоцИс. – 2010. – № 8.
22. Скок Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции // СоцИс. – 2005. – № 4.
23. Солодников В.В. Социально дезадаптированная семья в контексте общественного мнения // СоцИс. – 2004. – № 12.
24. Сухих В.Г. Региональные модели реабилитации инвалидов // СоцИс. – 2011. – № 8.
25. Худоренко Е.А. Лица с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы образования и инклюзии // СоцИс. – 2010. – № 9.
26. Хьюз Э.Ч. Социальная роль и разделение труда // СоцИс. – 2009. – № 8.
27. Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983, – С. 12
28. Шпак Л.Л. Социальная дезадаптация: признаки, механизмы, уровни // СоцИс. – 2011. – № 3.
29. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Проблема доступности высшего образования для инвалидов // СоцИс – 2005. – № 10.

Куколева Н.П., Девличарова Р.Ю.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Актуальной проблемой современной детской ревматологии считаются хронические воспалительные заболевания, такие как ювенильный ревматоидный артрит. В различных странах заболеваемость ювенильным артритом варьируется в пределах 0,05-0,6%. По статистике, чаще всего заболевают девочки. В 0,5 – 1% случаев заболевание заканчивается летальным исходом [2, 1].

Все рассмотренные нами, исследования ювенильного ревматоидного артрита можно разделить на 2 группы. Одни авторы ограничиваются рассмотрением клиники заболевания и особенностей ощущения боли пациентами. Вторые изучают психологические особенности детей больных артритом, чаще всего, ограничиваясь рассмотрением влияния психотравмирующих факторов на дезадаптацию детей, их психоэмоционального состояния, затрагивают проблему парциальных изменений когнитивных процессов [7, 4].

В медицинских и психологических источниках достаточно мало исследований, направленных на изучение когнитивных особенностей детей, страдающих ювенильным ревматоидным артритом.

Целью нашего исследования является изучить особенности изменения когнитивных процессов у детей с ювенильным артритом в возрасте 6-15 лет.

Были поставлены следующие задачи: выявить особенности внимания, памяти и мышления у детей с ювенильным ревматоидным артритом и проанализировать полученные результаты.

Ювенильный ревматоидный артрит – это артрит неустановленной этиологии с началом до 16 лет, продолжительностью ≥ 6 недель. В международной классификации болезней 10 пересмотра заболевание определяется как «юношеский (ювенильный) артрит» и имеет шифр M08. До настоящего времени не идентифицирован конкретный этиологический фактор – такой, как антиген либо инфекционный агент, который был бы первичной причиной ревматоидного артрита. Развитие заболевания обусловлено многими патогенетическими механизмами, взаимодействующими в генетически предрасположенном к возникновению ревматоидного артрита организме. Болезнь может дебютировать после травм, стрессов, инфекционных заболеваний, переохлаждения, в период гормональной перестройки и т.п., однако это – лишь внешние разрешающие факторы, реализующие внутренние глубинные механизмы ревматоидного артрита. Основным признаком ювенильного артрита является суставной синдром: боль, припухлость, утренняя скованность. Некоторые авторы считают, что в 30 % случаях наблюдается негативная динамика развития заболевания. В 51,5 % возможна инвалидизация. Другие авторы наоборот говорят о том, что прогрессивное течение заболевания наблюдается лишь в 10-20 % случаев [9, 1].

Хронический инвалидизирующий характер заболевания не только негативно влияет на качество жизни больного ребенка, но и на динамику развития его когнитивных процессов. Психическое развитие в детском и подростковом возрасте продолжается, поэтому любые факторы, оказывающие влияние на жизнь ребёнка, будут приводить к изменениям в психике, в том числе и в когнитивных процессах.

Е. Данбар при описании псевдоревматических расстройств назвала их «артритической личностью». «Артритическая личность» имеет следующие признаки: отсутствие полюсов мягкости-твёрдости, стремление к господству, власти, одновременно к самопожертвованию, эмоциональная холодность, ригидность психических процессов, отсутствие фантазии, склонность к подавлению агрессии и злобы, депрессии, сверхсовестливость, выраженная потребность к физической активности до начала заболевания.

По мнению ряда авторов у больных наблюдаются ригидность мыслительных процессов, навязчивости [10, 2]. У большинства из них выявляются снижение концентрации и устойчивости внимания, способности

запоминания, мыслительной деятельности [10, 4]. Такие дети флегматичны, недоверчивы, относятся к мыслительному типу, эмоционально сдержаны, интровертированы, обладают повышенной чувствительностью, конформны. Их отличает повышенный самоконтроль, чрезмерная осторожность [11, 20-21]. Изменения личности наиболее часто проявляются у девочек подросткового возраста. Мальчиков подростков отличает от своих здоровых сверстников раздражительность и повышенная зависимость от других.

По результатам исследования В.А. Малиевского и соавторов, среди детей с ювенильным ревматоидным артритом часты жалобы на боль и припухлости, имеющие тенденцию к увеличению с возрастом [6, 76]. Н.С. Крыжановская утверждает, что субъективное восприятие боли зависит от психологических особенностей больного, таких как низкая стрессоустойчивость, эмоциональная напряжённость, раздражительность, импульсивность [5, 8]. Пациенты с болевым синдромом используют свою болезнь с целью вторичной выгоды. Такие пациенты не умеют отстаивать свои потребности, стараясь избегать таких ситуаций. Используют свои симптомы для привлечения внимания окружающих, заставляя их чувствовать вину [1, 1264-1271].

Прохорова Ж.В. в своём исследовании показывает, что психоэмоциональная сфера у подростков с ювенильным артритом, характеризуется замкнутостью в себе и общении, социальной пассивностью, склонностью к самоанализу и затруднению социальной адаптации. Дети имеют заниженную самооценку и повышенный уровень тревожности [8, 10-11].

По данным исследований у 37,7% детей с ювенильным артритом наблюдается когнитивный дефицит. У младших школьников в основном страдает процесс восприятия, у подростков – концентрация и переключение внимания, памяти и аналитико-синтетической деятельности. Более выраженные когнитивные нарушения наблюдаются при длительности заболевания более 4-х лет.

Подклетнова в своём исследовании приходит к выводу, что парциальные когнитивные нарушения наблюдаются у детей в возрасте старше 11 лет, причём после 14 лет процент увеличивается. Однако и в 6-7 лет такие нарушения диагностируются у 20 % детей [7, 55].

Изменения сопровождаются выраженной астенизацией и высоким уровнем напряжения [3, 40-42; 4, 60-67; 5, 10; 8, 10-11].

Мы предполагаем, что у таких детей будут наблюдаться трудности распределения внимания, ригидность мышления, сужение объёма внимания, высокий уровень напряжения в виде большего количества страхов.

Наличие негативных изменений в становлении когнитивных процессов у детей с ювенильным ревматоидным артритом доказано рядом авторов. Анализ этих изменений даёт возможность для проведения профилактики, выявления когнитивных ресурсов для психокоррекции детей, страдающих ювенильным ревматоидным артритом, составления коррекционных программ клиническими

психологами и педагогами. Непосредственно психокоррекция позволит детям лучше социализироваться в обществе и положительно адаптироваться к своей болезни.

Литература

1. Blackwell B., Kaplan I.L., Sadok B.J. at al. Chronic pain: Comprehensive textbook of psychiatry. – 5-th Edition. – Vol. II. – Baltimore: Williams and Wilkins, 1989. – P. 1264-1271.
2. Долгова И.В., Осипова Н.В. Ультразвуковые критерии поражения суставов при ювенильном ревматоидном артрите у детей. // Медицинский журнал «SonoAce-Ultrasound». – 2008. – № 18.
3. Коломиец А.М. Охрана здоровья детей и подростков: республиканский межведомственный сборник МЗ УССР. – Киев. – 1991. – № 22. – С. 40-42
4. Кочюнас Р., Гуобис Г. Психологические аспекты ревматоидного артрита: обзор // Ревматология. – 1983. – № 1, – С. 60-67.
5. Крыжановская Н.С. Особенности клинико-психологических взаимоотношений при ревматоидном артрите. Автореферат диссертации ... к.м.н. – Москва, 2000. Электронный источник http://www.nmc-radix.com/to_be_read/Krijanovska_summary.html Дата обращения 5.01.2014.
6. Малиевский В.А., Валеева Р.Н., Александрова Г.Е. и др. Распространенность жалоб на боль и припухлость суставов среди детей республики Башкортостан по данным эпидемиологического исследования, // Научно-практическая ревматология. – 2005. – № 5. – С. 76.
7. Подклетнова Т.В. Особенности неврологических, когнитивных и психоэмоциональных нарушений у больных с ювенильным артритом. Автореферат диссертации ... к.м.н. – Москва, 2011.
8. Прохорова Ж.В., Ревякина Ю.В. Психологические особенности пациентов с ювенильным идиопатическим артритом. Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике: сборник материалов IX Байкальской конференции (Иркутск, 4 октября) / Под ред. Ф.И. Беялова, В.С. Собенникова, В.В. Долгих. – Иркутск. – 2013. – С. 10-11.
9. Салмина А.Б., Михайлова А.К., Аникина Е.А. и др. Клиническая динамика ювенильного ревматоидного артрита у детей <http://www.lvrach.ru/2011/03/15435153/> от 16.03.2014 21:30
10. Уоллис Д., Метцгер А., Эшман Р. Клиническая иммунология и аллергология. Аутоиммунные заболевания. Электронный источник <http://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/immunology/Lolor/15.php> Дата обращения 3.01.2014
11. Яковлева Л.В. Психологические особенности личности детей с ювенильным ревматоидным артритом // Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 6. – С. 20-21.

РОЛЬ КРИЗИСА ИДЕНТИЧНОСТИ В НАРУШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Всемирная организация здравоохранения характеризует качество жизни, в отношении здоровья, как индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями. Качество жизни, в контексте изучения здоровья, определяется, как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого [5, 66-72]

Качество жизни - это многогранное понятие, под которым подразумевают степень удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. [14, 160].

Анализ существующих методик оценки качества жизни показывает, что большинство из них охватывает пять основных аспектов этого понятия [17, 50].

1. Физическое состояние (физические ограничения, физические способности, физическое благополучие).

2. Психологическое состояние (уровни тревоги и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные функции).

3. Социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи).

4. Ролевое функционирование.

5. Общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы).

Известно, что, чем меньше разница между надеждами, амбициями, ожиданиями субъекта и его реальными возможностями, тем выше качество жизни. Чтобы оптимизировать качество жизни пациента, необходимо либо улучшить его физические возможности, что трудно осуществить, либо откорректировать ожидания.

Важно понимать, что с помощью понятия качества жизни, как подчёркивает Т.В. Рогачева [13], оценивают не тяжесть течения патологического процесса, а то, как пациент переносит свое заболевание, то есть качество жизни – это субъективная оценка благополучия своей жизни. На наш взгляд, оценка качества жизни больными должна анализироваться вместе с другими составляющими ситуации болезни, в частности, с идентичностью, самоотношением и адаптационными стратегиями. Оценка качества жизни, на

наш взгляд, может рассматриваться как мостик между объективной и субъективной стороной ситуации болезни.

Под кризисом идентичности (или личностной идентичности) Ю.Г. Овчинникова понимает такое нарушение динамики развития идентичности, при котором субъект оказывается не в состоянии выработать новую идентичность и не может возвратиться к прежней [10, 37-45]. У больных алиментарным ожирением (АО) может быть нарушена динамическая структура личности. Отдельные части личности, роли и смыслы могут быть рассогласованными и неустойчивыми. Важной задачей психотерапии при кризисе личной идентичности у больных алиментарным ожирением является помощь в синтезе и интеграции их личности в единое целое [9, 69-89].

Одной из причин такого кризиса, может стать то, что больные ожирением не реализуют в форме деятельности свои истинные желания и смыслы [7, 179]. Осознание своих ценностей и смыслов, а также помощь в их реализации являются важными психотерапевтическими стратегиями.

У больных алиментарным ожирением, находящихся в состоянии кризиса личной идентичности, имеется конфликт субличностей, в котором одна субличность подавляет другую, а вместе с ней подавляются и некоторые полезные черты личности. В арсенале такой личности имеется лишь ограниченный репертуар ролей [1, 18].

Для больных АО, находящихся в состоянии кризиса, характерно:

- отсутствие перспективных планов на позитивное будущее и фиксация на негативных событиях прошлого [15, 18] (применимы техники краткосрочной позитивной психотерапии и логотерапии);

- дефицит общения и признания значимыми другими [6, 213] (психотерапевтические стратегии должны быть направлены на расширение зоны общения, освоение новых видов деятельности);

- фиксация на определенных ролях с чувством психосоциального неблагополучия [8, 40] (важно осознание и расширение спектра личностных и социальных ролей, «здоровая личность – личность разнообразная»);

- остановка во внутреннем росте и развитии (показаны экзистенциальный анализ и логотерапия).

О кризисе личной идентичности у больных АО следует задуматься при жалобах на усталость, отсутствие интересов в жизни, планов на будущее, рутину. При этом не всегда больной АО осознает, что находится в кризисе.

Если больной АО, находящийся в состоянии кризиса, не может собрать воедино противоречивые идентификации, в нем может проявиться негативная идентичность [18, 215]. Он может начать вести себя враждебно или обратиться к маргинальным слоям общества: «лучше быть плохим, но целостным, чем хорошим, но противоречивым». При возвращении к прежним ролям наступает новый виток кризиса. [4, 59-64].

Для больных АО, которые следуют групповой идентичности, характерно конформное поведение, но это не снимает тревоги одиночества (одиночество среди людей) [16, 100-117].

Ожирение, как психосоматическое заболевание, может сопровождать кризис личной идентичности и компенсировать недостаток целостности Я. [2, 3-13].

При ограничительном пищевом поведении чередование процессов строгого ограничения с перееданием отражает внутриличностные конфликты больного, разнородность его ценностных ориентаций. Экстернальное пищевое поведение, запускаемое видом пищи и людей, её употребляющих, отражает слабость иерархии субличностей, что выражается в снижении самоконтроля, а импульсивное пищевое поведение - в его полной утрате. Эмоциогенное пищевое поведение является способом компенсации психоэмоционального дискомфорта, который может быть следствием кризиса личной идентичности больных АО. Переедание в данном контексте является эмоционально ориентированной копинг-стратегией.

Закрепление данного способа снятия психоэмоционального напряжения может приводить к формированию аддиктивных личностных структур (аддиктивной субличности) и развитию пищевой зависимости. Как следствие отчужденности и одиночества при кризисе личной идентичности питание не сопровождается теплым эмоциональным контактом, не служит объединению с кругом близких лиц, а лишь удовлетворяет гедонистические потребности. В таком случае выраженные вкусовые ощущения становятся основным источником положительных эмоций при приеме пищи, что облегчает ее восприятие в качестве объекта аддиктивного поведения.

В ситуации фрустрации восстановление самооценки и ресурсного состояния больных АО реализуется на уровне телесного функционирования: избыточное потребление пищи дает внутреннюю опору и уверенность за счет обладания чем-то ценным для себя.

Принятие в себе противоречивых тенденций и отсутствие борьбы с ними снижает показатели личностной тревожности. Можно заключить, что у обследованных больных с ожирением сформированы определенные механизмы психоэмоциональной регуляции, которые нарушают их личностное благополучие. В случае неблагоприятных жизненных событий, конфликтов в семейной и профессиональной сфере, снижении настроения, дискомфортные переживания преодолеваются ими посредством отвлечения и получения положительных эмоций. Достигаемое в результате этого психологическое равновесие носит неустойчивый и кратковременный характер, не связано с интеграцией личностных структур (т.е. с преодолением кризиса личной идентичности). Не происходит глубокого проживания жизненной ситуации, переосмысления полученного опыта и формирования новых ориентиров поведения (т.е. формирование новой личностной идентичности). Использование больными не требующих значительных усилий и внутренней работы способов преодоления психического напряжения приводит к закреплению патологических стереотипов питания, включенных в их функционирование. Можно предполагать, что развитие более зрелых способов

гармонизации психоэмоционального состояния будет способствовать восстановлению процесса питания у пациентов с ожирением [3].

Для выхода из состояния кризиса личной идентичности при АО, согласно эмпирическому исследованию Ю.Г. Овчинниковой [11, 202-211] необходимо:

- значимое, эмоционально ярко окрашенное событие, позволяющее по-новому взглянуть на ситуацию и «запустить» перестройку системы ценностей - усиление рефлексии, осознанными усилиями, направленными на изменение прежней системы ценностей. Может наблюдаться смешанный вариант: сильное потрясение «запускает» работу сознания, в результате этого усиливается рефлексия, что приводит к нахождению выхода. Возможно, этому может помочь курс семинаров и лекций для больных ожирением, направленный на раскрытие психологических механизмов этого заболевания и возможностей психотерапии.

- наличие значимого Другого. Ощущение того, что другие люди принимают тебя, является одной из главных составляющих здоровой идентичности. Функция Другого заключается в том, чтобы быть с человеком, чтобы дать человеку, переживающему кризис, возможность понять происходящее с «внутренней позиции, развернуть внутренний диалог». Важна групповая психотерапия, в том числе создание группы поддержки и групп по интересам.

- конструктивная установка, под которой понимается такое отношение к событиям, которое позволяет человеку увидеть положительные стороны и смысл в любом проявлении жизни, преобразовать негативные стороны человеческого существования в позитивные достижения.

Формирование данной установки может быть сознательным самостоятельным выбором больного АО, происходить в ходе общения со значимыми другими или оказания психологической помощи, или неосознаваемым процессом, результатом чувства базового доверия и взаимодействия со значимыми другими, имеющими подобный опыт.

Конструктивность всегда связана с творчеством. Творчество подразумевает не только создание шедевров искусства, оно означает творческий подход к повседневной жизни человека: к обучению, ведению домашнего хозяйства, бухгалтерии, садоводству, добавляя нечто ценное.

За общей конструктивной установкой должны стоять конкретные решения, реализация которых послужит укреплением новой личностной идентичности.

В нашей работе мы сочли необходимым рассмотреть различные варианты ожирения и соответствующие психотерапевтические стратегии с точки зрения понятия ситуации болезни. М.М. Орлова рассматривает ситуацию, как систему субъективных и объективных составляющих, которая формируется в результате активного взаимодействия субъекта и среды, имеющих, в том числе, физический и социальный контекст [12, 283]. Анализ литературы позволяет выделить следующие ситуации болезни при ожирении. Ожирение, как синдром вследствие психогенного переедания, мы будем рассматривать как первую

ситуацию болезни. Алиментарно-конституциональное ожирение без утраты трудоспособности мы будем рассматривать как вторую ситуацию болезни. Алиментарно-конституциональное ожирение с утратой трудоспособности, т.е. с появлением инвалидности различной степени, мы будем рассматривать как третью ситуацию болезни.

Мы предлагаем следующие стратегии психотерапевтической работы в зависимости от ситуации болезни:

В первой ситуации болезни

- помощь в разрешении невротического конфликта, лежащего в основе кризиса личностной идентичности;

- формирование устойчивого самоотношения, основанного на широте самоидентификаций (здоровая личность – личность разнообразная);

- формирование разнообразия адаптационных стратегий, обеспечивающих гибкость и широту взаимодействия с миром.

Во второй ситуации болезни предыдущие стратегии, а также помощь в адаптации к объективным и субъективным ограничениям, связанным с болезнью, расширением представлений о своих возможностях.

В третьей ситуации болезни: предыдущие стратегии, а также расширение зоны независимого поведения, формирование отношений с ближайшим социальным окружением, с точки зрения полноценности, обучение новым видам деятельности.

Литература

1. Ассаджиоли Р. Психосинтез: изложение принципов и руководство по технике. – М.: Прогресс, 1994. – 286 с.

2. Ващенко Ю. Эго-идентичность как этиологический фактор психосоматических расстройств // Журнал практического психолога. – 1999. – №5-6. – С.3-13.

3. Пашкова М.В., Шорин Ю.П., Кромм М.А. Клинико-психологическое исследование эмоционально-личностных особенностей и специфики пищевого поведения у больных алиментарным ожирением // Вестник НГУ. Серия: Психология. – 2009. – Том 3, выпуск 2.

4. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100. – №7. – С.59-64.

5. Кон Я.И. Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – №5. – С. 66-72.

6. Лабиринты одиночества / Ред. Н.Е. Покровский. – М.: Прогресс, 1989. – 624 с.

7. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – М.: Смысл, 1999. – 432 с.

8. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Класс, 1994. – 132 с.

9. Овчинникова Ю.Г. Кризис личностной идентичности как ситуация неопределенности // Сборник статей под ред. А.К. Болотовой «Человек в ситуации неопределенности». – М., ГУ-ВШЭ. – 2007. – С. 69-89.
10. Овчинникова Ю.Г. О путях разрешения кризиса идентичности. // Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14 Психология. – 2003 – № 4. – С. 37-45.
11. Овчинникова Ю.Г. Факторы, способствующие преодолению кризиса личностной идентичности // Вестник МГИУ. Серия Гуманитарные науки. – 2002. – №2. – С. 202-211
12. Орлова М.М. Социально-психологические ситуации болезни. Саратов: Из-во Сарат. ун-та, 2013. – С. 283.
13. Рогачева Т.В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ. Дисс. ... д.психол. наук. Томск. – 2004.
14. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике – М.: Берег, 2000. – 160с.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 366 с.
16. Фромм Э. Искусство любить. – М.: Педагогика, 1990. – 157 с.
17. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине // Вопросы управления здравоохранением. – 2003.– №6(13). – С. 50
18. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Прогресс – 1996. – 342 с.

Малеина А.Ю., Лукина Е.В., Колоколов О.В.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Боль является наиболее частой и сложной по субъективному восприятию жалобой пациентов. Согласно эпидемиологическим исследованиям Н.Н. Яхно и соавт., характер, длительность и интенсивность болевых ощущений зависят не только от самого повреждения, но и во многом определяются неблагоприятными жизненными ситуациями, социальными и экономическими проблемами [1].

Ощущение боли возникает не только за счет изолированного повреждения ткани; в ряде случаев определяющим фактором является наличие психогенных расстройств, которые в значительной степени изменяют восприятие человека [1]. Согласно биопсихосоциальной концепции, боль представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов [2]. Различная представленность факторов риска развития боли определяет характер и течение болевого

синдрома. В основе биологического компонента боли лежат анатомические, генетические и физиологические механизмы. Они преобладают в острую фазу заболевания. К психологическим компонентам боли относят аффективные, когнитивные и поведенческие расстройства. На более поздних стадиях заболевания, наряду с психологическими, преобладают социокультурные факторы (гендерные различия, особенности системы здравоохранения, традиции страны проживания). Восприятие боли пациентом рассматривается как взаимоотношение переменных биопсихосоциальной модели. Индивидуальная реакция на боль (фокус внимания на боли, негативные установки) и эмоциональная реакция (тревога, депрессия) пациента уменьшают болевой порог, усиливают симпатическую активацию и увеличивают мышечный тонус. Психологические факторы, влияя на оценку восприятия, модулируют ноцицептивное раздражение, способствуют нарушению выработки гормонов, нейромедиаторов, изменяя структуру и биохимические процессы в головном мозге и вегетативной нервной системе.

В случае развития острого болевого процесса необходимо минимизировать воздействие негативных психологических и социокультурных факторов на пациента, создавая возможность для контролируемой регуляции биологического компонента боли. В случае отсутствия положительного эффекта от лечения ноцицептивной боли, необходимо обращать внимание на признаки патологического болевого синдрома. Диагностика невропатического характера боли часто бывает затруднена. Ощущение боли всегда субъективно, его нельзя точно измерить, и не существует абсолютных критериев, позволяющих выделить невропатическую боль [2], однако задачей врача является обнаружить клинические проявления хронизации боли. В клинической практике для выявления болевого поведения, признаков невропатической боли используют различные опросники, в частности DN4 (от фр. Douleur Neuropathique), оценочная шкала невропатических симптомов и признаков университета г. Лидс, Мак-Гилловский болевой опросник, краткий болевой опросник и др. Наряду с диагностикой хронической боли и оценкой степени выраженности хронического болевого синдрома (Анкета Ван-Корффа и др), необходимо оценить уровень депрессии и качество жизни пациента. Для этой цели валидизированы шкала Гамильтона, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90R), шкала самооценки депрессии Цунга. Существуют также опросники стратегий преодоления хронической боли, направленные на выявление пациентов «ориентированных на болезнь или на здоровье».

При исследовании боли необходимо не только изучать ее сенсорные механизмы, но и принимать во внимание когнитивные, аффективные и поведенческие характеристики, которые определяют переносимость боли, болевое поведение и способность справляться с болевой проблемой [3]. Считается, что у пациентов с хроническим болевым синдромом когнитивные оценки в значительной степени влияют на аффективные реакции и поведение, определяя физическую активность и адаптацию.

Боль играет роль стрессогенного фактора. Усилия, которые прикладывает пациент для разрешения стрессогенного воздействия, называются стратегиями преодоления. В основе активной стратегии преодоления лежат применение специальных упражнений, сохранение двигательной активности, игнорирование боли. Формирование пассивных стратегий преодоления (подчинение боли, катастрофизация и др.) может не только надолго «зафиксировать» болевую проблему, но и привести к пассивному образу жизни и серьезной психосоциальной дезадаптации [4, 5].

Сходство нейрохимических (серотонин и норадренергических) механизмов депрессии и боли определяет тесную связь этих двух феноменов [6]. Согласно современным представлениям, боль и депрессия могут формироваться независимо и потенцировать друг друга, а могут быть стадиями развития единого патологического процесса [7]. Однако чаще всего депрессия рассматривается в качестве ведущего предрасполагающего фактора для развития хронической боли и трансформации эпизодической боли в хроническую [8-11].

В случае развития хронического болевого синдрома важным является терапевтическое воздействие не только на физические аспекты, но и на когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы [12]. Одним из основных перспективных методов лечения пациентов с хроническим болевым синдромом является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП), которая представляет собой психосоциальный терапевтический метод, направленный на осознание пациентом особенностей текущего состояния, определение наиболее значимых целей по изменению самочувствия, формирование определенной психотерапевтической программы с помощью специалистов [13].

Основой этого направления стали труды А. Ellis [14] и А.Т. Beck [15], современные принципы обозначены D.C. Turk & A. Okifuji [16] (цит. по [2]):

1. Люди скорее активно обрабатывают информацию, чем пассивно реагируют на окружающую среду.

2. Мысли человека способны вызвать или ослабить эмоции и физиологическую активность – и то и другое может служить стимулом для поведения. Наоборот, эмоции, психология и поведение могут провоцировать или влиять на образ мысли человека.

3. Поведение в равной мере определяется как окружающей средой, так и индивидуумом.

4. Если люди усвоили неадекватную манеру мыслить, чувствовать и реагировать, эффективные вмешательства, разработанные для коррекции, должны быть сфокусированы на совокупности всех этих факторов, а не на каком-то одном из них.

5. Подобно тому, как люди сами генерируют и поддерживают неадекватные мысли, чувства и поведение, им следует стать активными участниками изменения своего способа реагирования.

Согласно КПП, пациенты сами переосмысливают сложившуюся ситуацию, при этом усиливается чувство самомотивации. Для успешного

психотерапевтического вмешательства необходимо следовать основным установкам:

1. Ориентирование пациента на решение проблемы.
2. Обучение умению управлять собой, навыкам решения проблем, адаптации и общению.
3. Совместное сотрудничество врача и пациента.
4. Практические задания в клинике и дома с целью закрепления навыков и выявления проблемных областей.
5. Поощрение выражения чувств и, следовательно, контроль над чувствами, которые препятствуют реабилитации.
6. Установление взаимосвязи между мыслями, чувствами, поведением и физиологией.
7. Предупреждение неудач и ошибок, а также обучение пациентов как с этим справиться.

Такое лечение основано на взаимосвязи основных элементов: мнение представлений, приобретение навыков, закрепление навыков и поддержание полученного эффекта. Отметим, что КПП не является альтернативой основному лечению, ее необходимо сочетать с другими методами реабилитации.

В качестве одного из компонентов КПП рассматривают методы саморегуляции, в частности эмоционально-мышечную релаксацию, самогипноз, приемы медитации, способы работы с «управлением воображения», методики применения «биологической обратной связи» (БОС). В зависимости от особенностей расстройств, имеющих у больного с хронической болью, подбирается индивидуальная программа лечения: при повышенной тревожности пациентов в лечение дополнительно включают БОС и релаксационные методики, при депрессии – методы, направленные на перестройку взглядов на настоящую ситуацию. Многочисленные исследования показали хорошие результаты использования КПП у пациентов с хронической болью в спине и другими хроническими болевыми синдромами [17-20].

Исходя из различного удельного веса роли психологических факторов и объективных нарушений в каждом отдельном случае хронического болевого синдрома, лечение пациентов должно быть направлено на коррекцию, как источников боли, так и сопутствующих психологических расстройств.

Литература

1. Яхно Н.Н. Боль: учебное пособие. – М., 2010. – 302 с.
2. Данилов А., Данилов А. Управление болью. – М., 2012. – 582 с.
3. Keefe F.J. Cognitive-behavioral approaches to assessing pain and pain behavior / In G. Gebhart et al. (eds). VII World Congress of Pain. – NY, 1994. – P. 127-148.
4. Rudy T.E. et al. Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model // Pain. – 1988. – V.35. – P. 129-140.
5. Turk D.C., Rudy T.E. Cognitive factors and persistent pain: A glimpse in the Pandora's box // Cogn Ther Res. – 1992. – V.16. – P. 99-122.

6. Вознесенская Т.Г. Хроническая боль и депрессия // Фарматека. – 2008. – №6 (160). – С.10-15.
7. Blumer D., Heilborn M. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain prone disorder // J Nerv Ment Dis. – 1981. – V.170. – P. 381-406.
8. Колосова О.А., Осипова В.В. Современные аспекты клиники и патогенеза мигрени // Невропатология и психиатрия. – 1991. – №5. – С 6.
9. Алексеев В.В. Хронические головные боли. Клиника, диагностика, патогенез. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006.
10. Goadsby P., Silberstein S., Dodick D. (eds). Chronic daily headache for clinicians. Hamilton, London, 2005.
11. Fields H. Depression and pain: a neurobiological model // Neuropsychol Behav Ther. 1991. V.4. P.83-92.
12. Осипова В.В. Психологические аспекты боли // Неврол., нейропсих., психосом. – 2009. – № 8. – С.4-8.
13. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли // Неврол., нейропсих., психосом. – 2009. – № 8. – С. 9-13.
14. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. – NY: Lyle Stuart, 1962.
15. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. – NY: American Book, 1976.
16. Turk D.C., Okifuji A. A cognitive-behavioural approach to pain management / In P. Wall and R. Melzack (eds.) Textbook of Pain. Churchill Livingstone, 1999. – P.1431-1443.
17. Morley S.J. et al. Systematic review and meta analysis of randomized control trials of cognitive behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache // Pain. – 1999. – V.80. – P. 1-13.
18. Guzman J. et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain // Cochrane Database. – 2001. – 1:CD000963.
19. Hoffman et al. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain // Health Psychol. – 2007. – V.26. – P. 1-9.
20. Van Tulder M.W. et al. Behavioral treatment for chronic low back pain // Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine. – 2000. – V.25. – P. 2688-2699.

Муравлева Э.А., Лукина Е.В., Колоколов О.В.

г. Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

БОЛЬ В СПИНЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли, принятому в 1994г., боль – это неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения [1]. Боль – это сложный феномен, включающий перцептивный, эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты.

Физиологическая боль имеет сигнальное значение, предупреждает организм об опасности и защищает его от возможных повреждений. Такая боль необходима для нормальной жизнедеятельности и обеспечения безопасности человека.

Боль гетерогенна. Выделяют ноцицептивный, нейропатический и дисфункциональный компоненты боли. Дисфункциональная боль возникает вследствие нейродинамических нарушений в центральной нервной системе (ЦНС). Одним из клинических вариантов такого болевого синдрома является психалгия, представляющая собой совокупность расстройств, среди которых доминирует боль психического происхождения. Такая боль возникает в результате психической травмы, без видимых органических дисфункций и сопровождающаяся чувством тревоги или страха, например, головная боль, боль в спине, в животе. Психогенная боль непроста для диагностики, тем более что ей сопутствуют психопатологические расстройства. Она существует исключительно в сфере психического восприятия, хотя имеет и морфологический субстрат [2, 3].

Прежде всего, подобная боль наблюдается у пациентов, страдающих скрытой или маскированной депрессией. При этом больной не предъявляет жалоб на плохое настроение. Более того, может наблюдаться так называемая «смеющаяся депрессия», когда человек внешне может не казаться чем-либо обеспокоенным. В таких случаях особое значение приобретает изучение динамики состояния пациента. Хроническая боль любой локализации, и весьма нередко боль в спине (дорсалгия), подчас является единственным клиническим симптомом маскированной депрессии. В таких случаях боль приобретает хронический характер, часто мигрирует, плохо локализуется и плохо описывается больным. Нередко «болит все тело». Психосоциальные факторы риска развития такой боли являются наиболее статистически значимыми и потенциально модифицируемыми [2,5].

Выявление скрытой (маскированной) депрессии – нелегкая задача. Для диагностики депрессии врач может пользоваться шкалами, которые включают в себя оценку настроения, заинтересованности в работе, способности получать удовольствие, работоспособности, сна и т.д.

Цель статьи – представление клинического случая психогенной хронической боли в спине.

В клинику нервных болезней госпитализирована больная Г. 51 года, жительница г. Грозный, с жалобами на постоянную боль ноющего характера в шейном отделе позвоночника, иррадирующую больше в левую руку, усиливающуюся после эмоционального перенапряжения, физической нагрузки, напряжение мышц шеи, онемение пальцев левой кисти. Кроме того, больная предъявляла множество других жалоб. Среди них: головная боль давящего характера, больше выраженная в лобной области, усиливающаяся к вечеру; периодическое головокружение, сопровождающееся тошнотой; частое сердцебиение, чередующуюся с замиранием сердца; а также чувство нехватки воздуха, «кома» в горле, чувство жара, сменяющееся холодом, плохой сон, быстрая смена настроения, потливость.

Из анамнеза известно, что впервые вышеуказанные жалобы стали беспокоить около 3 лет тому назад после острого психоэмоционального стресса (гибель близкого человека). Боль усиливалась на фоне эмоционального перенапряжения и несколько уменьшалась при положительных эмоциях. Больная обращалась к неврологу по месту жительства. Периодически получала лечение по поводу дорсопатии с кратковременным улучшением. Ухудшение настоящего состояния отметила в течение последних 5 месяцев, когда боль стала постоянной, перестала купироваться лекарствами, стала сопровождаться тревогой и беспокойством, что значительно нарушило трудоспособность пациентки.

В неврологическом статусе обращает на себя внимание эмоциональная лабильность пациентки, мраморная окраска кожного покрова, дистальный гипергидроз и другие вегетативные расстройства. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Глубокие рефлексы с конечностей симметрично оживлены.

Для уточнения причины хронической боли было проведено лабораторно-инструментальное обследование, при котором патологии выявлено не было. По данным рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) шейного отдела позвоночника выявлены признаки начальных дегенеративно-дистрофических изменений, соответствующих возрасту. При МРТ головного мозга очаговых изменений вещества мозга не выявлено. При выполнении дуплексного сканирования сосудов головы и шеи скоростные показатели тока крови соответствуют норме.

При назначении терапии акцент был сделан на приеме антидепрессантов, рациональную психотерапию и проведении лечебной физкультуры (ЛФК). На фоне такого лечения произошло купирование боли в шейном отделе позвоночника и головной боли. Значительно улучшилось общее самочувствие. После выписки пациентке рекомендовано продолжить прием антидепрессантов, выполнение ЛФК и занятия с психологом и психотерапевтом.

При хронической боли в спине показано назначение антидепрессантов, которые необходимо назначать в достаточных дозах длительностью не менее нескольких месяцев. Следует иметь в виду, что антидепрессанты имеют собственный анальгетический эффект, усиливая антиноцицептивные нисходящие ингибиторные влияния, и поэтому способствуют облегчению болевого синдрома. В то же время, их эффективность помогает подтвердить диагноз скрытой (маскированной) депрессии [6].

Депрессия часто оказывается коморбидной для хронической боли. У данных состояний существует общее патогенетическое звено – недостаточность серотонинэргических систем. Длительная боль сопровождается изменением физиологических параметров (изменение артериального давления и пульса, расширение зрачков, изменение концентрации гормонов) и психологическими изменениями (эмоционально-аффективная сфера). Проведенные Н.Н. Яхно и соавт. эпидемиологические исследования показывают, что риск развития хронической боли повышен у людей с большим количеством стрессовых

жизненных событий и психических нарушений в детском и подростковом возрасте. Показана значимая роль тревожно-депрессивных факторов в развитии боли в спине. Психологические факторы влияют на степень инвалидизации значительно больше, нежели биомеханические нарушения позвоночника [2]. Пациенты с дорсалгией как проявлением маскированной депрессии встречаются в практике врача довольно часто. Об этом всегда необходимо помнить практикующему врачу, активно их выявлять и подбирать адекватную терапию, способную восстановить должное качество жизни.

Литература

1. Яхно Н.Н. Боль. Руководство для студентов и врачей. – М., 1998. – 124 с.
2. Яхно Н.Н., Кукушкина М.Л. Боль (практическое руководство для врачей). – М., 2011. – 512 с.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. Депрессия в неврологической практике. – М., 1998. – 128 с.
4. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. – М., 2012. – 582 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М., 2005. – С. 856-857.
6. Мэнкин Г.Д., Адаме Р.Д. Боли в области спины и шеи. – М., 1996. – С. 101-123.

Нафанаилова Э.К., Андриянова Е.А.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Средняя продолжительность жизни человека в течение XX века выросла на 20 лет [1, 138]. Демографические изменения в разных странах привели к стремительному росту количества пожилых людей. По статистике в России доля пенсионеров составляет 20,7%, при этом демографы прогнозируют, что к 2030 году количество людей в возрасте старше 60 лет увеличится в три раза по сравнению с 1990 г. [2]. Тем самым увеличивается рост их социальной значимости в обществе. О личности пожилого человека, его психологических особенностях, мотивации, локусе контроля и содержании Я-образа в этом периоде жизни человека пока не существует полных и достоверных знаний.

По результатам исследования проведенного Е.В. Харитоновой известно, что восприятие старости меняется в зависимости от возраста. Так, психологический портрет пожилого человека глазами подростка выглядит следующим образом: мудрые, любопытные, добрые, не современные, болтливые, любящие обсуждать молодых и давать им советы.

В юношеском возрасте пожилые люди воспринимаются, в основном, уже как сварливые, пытающиеся всех учить, озлобленные, агрессивные и лишь в 15% случаев упоминаются такие черты, как благородство, доброта, сдержанность, мудрость, усталость и т.д.

Пожилый человек в период средней взрослости воспринимается как ворчливый, не приспособленный к возрасту, скандальный, болезненный, отрешенный и т.д.

В отличие от превалирующих негативных характеристик в ответах опрошенных людей юношеского и зрелого возраста сами пожилые люди характеризуют себя, и пожилого человека вообще, как добрых, отзывчивых, мудрых, скромных, терпящих, но не верящих никому, и потому обидчивых и нервных [3, 244].

По результатам нашего исследования, в котором приняли участие 30 пациентов ГКБ № 5 и 10 случайных испытуемых в возрасте от 55-70 лет, к психологическому профилю пожилого человека можно отнести следующие характеристики: открытость, вежливость, требовательность к самому себе, ответственность, правдивость, осознанная зависимость от других людей, адекватное отношение к своим возможностям, любовь к труду, человеколюбие, самокритичность, внимательность, неторопливость, сдержанность, осторожность, правдивость, вежливость, исполнительность, заботливость.

В качестве экспериментально-психологического инструмента использовались методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера, и тест по определению социально-психологического типа личности (В.М. Минияров).

В результате исследования было установлено из 40 исследованных 21 по шкале «Общей интернальности» имеют экстернальный контроль, остальные 19 интернальный локус контроля. По методике В.М. Миниярова было выявлено, что гармоничный тип личности характерен 17 респондентам, сензитивный 12 опрошенным, интровертированный тип личности отмечается у 11 человек.

Таким образом, результаты показывают, что преобладающей является экстернальная локализация контроля. Однако можно установить тенденцию интернализации контроля, в связи с возрастом, так как возраст всех респондентов относящихся к группе интернального локуса контроля от 65 и выше. Локус контроля имеет социальный характер, то есть формируется под влиянием внешних факторов. В научной литературе все более утверждается точка зрения, согласно которой старение не может рассматриваться как простая инволюция, угасание или регресс. Старение рассматривается как продолжающееся становление человека, которое включает не только многие приспособительные и компенсаторные механизмы жизнедеятельности, но и способы активного взаимодействия с миром. Социально-экономическая ситуация периода молодости наших испытуемых характеризуется распространением ответственности государства. В настоящее время эта ответственность лежит на каждом, и установки пожилого человека с возрастом меняются, с целью адаптации к ситуации их жизни.

Важно отметить, что преобладающему числу пожилых соответствует гармоничный, сензитивный и интровертированный социально-психологические типы личности по В.М. Миниярову. Проанализировав эти три вида мы отмечаем, что характеристики всех этих типов носят позитивный характер.

Литература

1. Горяйнова Л.К. Гомеопатические комплексы ЭДАС в профилактике и лечении возрастной хронической патологии // Поликлиника. – 2010. – № 4. – С. 138-142.

2. Клиент в аптеке: тонкости общения с пожилыми людьми // Фармацевтический вестник. – 2010. – № 5 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pharmvestnik.ru/publs/staryj-archiv-gazety/19255.html#.Uf4V_bbJ0fQ.

3. Харитонова Е.В. Анализ личностных особенностей людей пожилого возраста // Тезисы 3-й Российской конф. по экол. психол. М.: Психолог. институт РАО. – С. 242–244.

Рудакова А.В., Ефимов Е.В.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АМПУТАЦИЕЙ БЕДРА ПО ПОВОДУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ

Актуальность проблемы

Реабилитация больных с ампутацией нижней конечности является важной медико-социальной проблемой. Высокая распространенность сосудистой патологии и сахарного диабета в ряде регионов России ведет к увеличению количества производимых ампутаций.

Основными проблемами, с которыми встречаются лица, перенесшие ампутацию, являются

- 1) протезирование конечности с максимально возможным восстановлением физической активности;
- 2) необходимость коррекции фантомного болевого синдрома и психических расстройств;
- 3) компенсация основного заболевания, приведшего к ампутации;
- 4) социальная адаптация и реабилитация.

Между тем, отечественная система реабилитации лиц с ампутацией конечности в большинстве случаев ограничивается лишь механическим протезированием. Особые трудности возникают при проведении реабилитационных мероприятий и протезировании на уровне бедра.

Кроме физического увечья у всех больных, перенесших ампутацию, формируются психические нарушения различной степени выраженности, но лишь единицы самостоятельно обращаются за специализированной помощью. Своевременная и в полном объеме оказанная психиатрическая и психотерапевтическая коррекция может определять более благоприятные условия для эффективного протезирования, и в конечном итоге отражаться на всех уровнях социальной адаптации данной категории больных (в семье, на работе и др.).

В свете вышеизложенного представляется актуальным исследование, направленные на повышение эффективности программы реабилитации больных с ампутацией бедра.

Цель исследования: улучшение результатов восстановительного лечения больных с ампутацией бедра по поводу гангрены.

Материалы и методы исследования

Материал исследования составили 62 больных с ампутацией бедра по поводу диабетической гангрены, оперированных в клинике общей хирургии в 2012-2013гг.

Всем больным проводилось обследование с применением традиционных методов исследования функционального состояния органов и систем, сбора анамнеза, а так же с учетом результатов обследования соответствующими специалистами (хирург, невролог и др.). В качестве дополнительных методик использовались определения тревожности Спилбергера-Ханина и шкала Зунга для оценки депрессий.

Результаты исследования

В соответствии с целью и задачами исследования нами был проведен анализ распределения больных по полу и возрасту. Среди всех обследуемых преобладали мужчины - 73,8%, женщин было 26,2%. Соотношение мужчин и женщин 2,8 :1, что в целом согласуется с данными ряда авторов, указывающих на 2-4 кратное превышение числа мужчин над количеством женщин среди пациентов с ампутацией конечности.

Наиболее представительной была возрастная группа 60-69 лет, как среди мужчин (33,3%), так и среди женщин (36,9%). Средний возраст обследуемых мужчин составил $64,8 \pm 6,8$ года, а женщин на 1 год меньше - $63,8 \pm 5,8$ года. Среди всех больных частота ампутации левого бедра (52,8%) несколько превышала количество усечений правого бедра (47,2%), но у мужчин левая конечность поражалась реже (50,8%), чем у женщин (58,5%). Всего в 46,4% случаев ампутация была произведена на уровне средней, в 32,2% - верхней, 21,4% - нижней трети. У 45,3% мужчин ампутация ограничивалась средней третью, у 36,7% верхней третью, у 49,2% женщин - средней и 29,3% нижней третью бедра.

При первичном обращении больного большинство из них (73,8%) указывали на иллюзорное ощущение присутствия ампутированной конечности - фантом ампутированных. При описании пациенты чаще отмечали наиболее отчетливые ощущения дистальных отделов, особенно пальцев, подошвенной

части, пятки отсутствующей стопы. Точно могли указать палец или зону воспринимаемой чувствительности. Области голени и бедра воспринимались более стерто. Обычно фантомные ощущения сопровождались иллюзиями возможности произвольных движений в пальцах и голеностопном суставе, реже в коленном. Можно было отметить, что ощущения в отсутствующей конечности, независимо от наличия болевых проявлений, выявлялись практически у всех больных, недавно перенесших ампутацию. Меньшим по частоте, но предъявляемым в качестве ведущей жалобы пациентами, был болевой синдром. В его структуре доминировали боли, локализуемые у пациентов в удаленной части конечности — фантомный болевой синдром (ФБС). Частота ФБС была 78,3%.

Провоцирующими факторами могли служить произвольные «попытки пошевелить» отсутствующими пальцами стопы, смена позы культы, изменение погоды, боли в пояснице, стрессы и др.

Кроме фантомных в структуре жалоб были представлены боли в культе. Эти проявления носили неоднородный характер по описанию болевых ощущений, их локализации и наличию парестезий с участками гипо- или гиперестезии. В ряде случаев боли имели четкую локализацию и усиливались при надавливании в определенной зоне, где нередко пальпировалась неврома. В других случаях боль была обусловлена остеофитом.

Выраженность болевых проявлений у пациентов носила индивидуальный характер, но в большинстве случаев не превышала умеренной интенсивности.

Обязательным этапом исследования являлся осмотр и пальпация усеченной конечности. У больных в 97,6% случаев регистрировались симптомы, обусловленные нерациональным протезированием и/или плохим уходом за культей. У 64,6% больных выявлялась различной выраженности атрофия мягких тканей, хронический венозный застой, сопровождающийся петехиальными кровоизлияниями, гиперкератоз. У 18,3%, преимущественно в паховой области и скарпова треугольника, присутствовали намины, потертости, ссадины или гиперкератоз, вызванные избыточным давлением приемной гильзы. У 17,1% человек в паховой области выявлялись травмоиды. При активном расспросе 8,5% больных группы сравнения указывали на периодическое появление болей и ограничение подвижности в тазобедренном суставе. В 7,3% случаев имелись различные гнойничковые поражения кожи культы в виде воспаления единичных фолликулов и потертостей.

Учитывая особенности исследуемой категории больных, важным аспектом работы являлась оценка уровня их физической активности. Опрос показал, что, несмотря на достаточно длительный период обращения с протезом, лишь 63,4% больных могли свободно его надеть на культю, каждый третий (31,7%) испытывал при этом какие-либо затруднения. Лишь 23,2% больных при ходьбе по плоской поверхности не пользовались дополнительной опорой. Дальность дистанции, которую они могли пройти самостоятельно на протезе по плоской поверхности, в большинстве случаев была ограниченной у 25,6% человек до 100 метров, у 37,8% - чуть больше 100 метров. У каждого

пятого больного (19,5%) это расстояние не превышало 20 метров, а 14,7% человек пользовались протезом крайне редко. Можно сказать, что в 34,2% случаев можно говорить о практически полной функциональной непригодности протеза. Ограничения активности отмечались и при способности больных преодолевать обычные препятствия (одиночные ступеньки, бордюры, высокие пороги и небольшие неровности). 64,7% больных нуждались в опоре на трость, а 28,1% могли выполнить эту задачу только при ходьбе на костылях. Не нуждались в дополнительной опоре лишь 2 человека. Еще более выраженные нарушения выявлялись при ходьбе по лестнице. Особенно сложным был спуск вниз. Большинству (80,5%) пациентов группы сравнения была необходима опора за поручни, а 14,6% - требовалась посторонняя помощь. Пациенты, проживающие в частных домах, вообще отказывались ходить по лестнице даже с помощью окружающих.

Важным показателем является управляемость протеза. Положительную оценку управляемости традиционного протеза отметил лишь 1 человек, 45,1% охарактеризовали ее как удовлетворительную, а 53,7% - плохой.

Потеря конечности является сильным психотравмирующим фактором, поэтому при первичном осмотре проводилась оценка психического статуса, которая выявила депрессивные нарушения у всех больных, преобладал астено-депрессивный синдром (37,9%).

В клинической картине астено-депрессивного синдрома доминировали различной выраженности слабость, повышенная физическая утомляемость, соматическая гиперестезия, как правило, обусловленная хроническими болями, эмоциональная лабильность с преобладанием пониженного аффекта, слезливость. Аффективные расстройства обычно были на втором плане, усиливались при воспоминании о травме или заболевании, усилении болей, и протекали на фоне пониженного настроения. Выраженность астенических проявлений, как правило, отмечалась больше у пациентов основной группы, что обычно определялось тяжестью недавно перенесенной травмы или хирургического вмешательства. У больных группы сравнения симптомы астении в большинстве случаев были обусловлены психоорганическими нарушениями. Наряду с общими симптомами астении, у этих пациентов присутствовали жалобы на головные боли, головокружение, метеолабильность, раздражительность.

Тревожно-депрессивный синдром регистрировался в 23,8% случаев. В структуре тревожно-депрессивного синдрома тревожная симптоматика в большинстве случаев выступала на первый план, и, как правило, ограничивалась минимальными двигательными проявлениями. Обычно больные жаловались на внутреннюю напряженность, тревогу, чувство беспомощности, неспособность овладеть ситуацией, неуверенности в будущем. Усиление этих симптомов отмечалось в вечернее время, что сопровождалось нарушением засыпания, частыми пробуждениями в течение ночи. Нередко у больных выявлялись разноплановые страхи (перед потерей работы, ухудшением состояния и близкой смертью и др.). Клинически более

выраженная тревожная симптоматика наблюдалась у пациентов с опухолевыми и сосудистыми заболеваниями. Наиболее часто непосредственной причиной тревоги являлся длительный фантомный болевой синдром, который являлся основой проявлений раздражительности, чувства неудовлетворенности собой и оказываемой помощью окружающими, но эти нарушения не выступали на первый план.

Депрессивный синдром выявлялся в 13,7% случаев. Депрессивно-ипохондрический синдром встречался в 8,1% случаев. Клиника была представлена депрессивными и ипохондрическими нарушениями, но ипохондрические симптомы, в виде выраженной фиксированности на вопросах собственного здоровья, занимали значительное место в жалобах больных. Описание больными жалоб обычно включало длительное перечисление различных неприятных ощущений в культе и/или фантома ампутированных, интерпретацию имеющихся болезненных проявлений, высказывание различных сомнений о возможности протезирования.

Таким образом, результаты первичного обследования показали, что среди больных с ампутацией бедра по поводу диабетической гангрены имеет место явления психологической и социальной дезадаптации, что свидетельствует не только о медицинской, но и социальной значимости реабилитации этой категории пациентов. Между тем традиционная система реабилитации обычно ограничивается обеспечением больного протезом устаревшей конструкции, и, как правило, не включает методы психосоциальной работы.

Рябуха Ю.В., Кром И.Л.

г. Саратов, Россия

ИСО (филиал) РГСУ в г. Саратове

РАННЕЕ МАТЕРИНСТВО КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение числа беременностей у несовершеннолетних. В современной России наблюдается снижение возрастного порога материнства, что исторически закономерно – в сложные периоды социально-экономического развития ожидается что дети «взрослеют» раньше.

По данным Международной федерации планирования семьи, ежегодно в мире рождают 15 миллионов девушек-подростков, а еще 5 миллионов вынуждены прерывать беременность. В России в последние десятилетия также наблюдается тенденция роста рождаемости у юных женщин, число первородящих в возрасте до 18 лет составляет в крупных городах 1,5–2 %» [1]. По данным демографического ежегодника за 2010 год в 2008 году в возрастной группе матерей до 17 лет – 32023 родившихся живыми, в 2009 году – 28251 младенец [2].

Актуальность проблемы подросткового материнства в последние десятилетия связана с ростом сексуальной активности подростков, ведущей к возрастанию количества беременностей и родов у несовершеннолетних девушек. Беременность в подростковом возрасте – это следствие раннего начала половой жизни, неправильное или неприменение контрацептивов, неосведомленность подростков в этой проблеме. По мнению ВОЗ, проблема юных матерей существует среди девушек от 10 лет (начало полового созревания и появление вторичных половых признаков) до 19 лет, что связано с общностью анатомо-физиологических особенностей организма, психологической и социальной зрелостью, социально-экономическим статусом. Юное материнство становится одной из актуальных социальных проблем, устойчивый интерес к которой наблюдается у специалистов во всем мире, т.к. эта категория матерей в силу неблагоприятных медицинских, психологических, социальных последствий беременности и деторождения без соответствующей поддержки становится группой особого риска по отклоняющемуся материнскому поведению [3].

Раннее начало сексуальной жизни имеет множество негативных последствий, в том числе неготовность к родительской роли. Эмоциональное состояние несовершеннолетних матерей характеризуется пониженным настроением, депрессией, склонностью ощущать себя оторванными от жизни, ранимостью и впечатлительностью.

Подростки не готовы к материнству в силу их биологической, а также психологической и социальной незрелости. Боясь отрицательной реакции со стороны родителей, близких, друзей, почти 40% девушек скрывают беременность, сохраняя ее, не обращаясь к гинекологам. Почти для трети юных матерей их материнство является столь нежеланным, что они во время беременности совершают криминальные попытки к ее прерыванию. Беременность девочек-подростков является причиной тяжелых конфликтов в семье. Почти треть родителей отрицательно относятся к подростковой беременности вообще и к беременности своих юных дочерей. Многие из них настаивали на прерывании беременности, ссылаясь на то, что ребенку в таком возрасте надо получать образование, а не воспитывать детей.

На решение юной матери о сохранении беременности ведущее влияние оказывают такие факторы, как семейное положение, образовательный уровень, наличие работы, жилищно-бытовые условия, психологическая и экономическая поддержка со стороны родителей, а также отношение общества к подростковому материнству.

Система ценностей юных матерей в силу психологической и социальной незрелости еще не сложилась и для них материнство не представляет отдельную ценность. С рождением ребенка юные матери оказываются в ситуации полной и длительной психологической и социально-экономической зависимости от родителей; вынужденной изоляции от сверстников и привычного круга общения; с сомнительной перспективой относительно будущей семейной жизни, возможностей образования и профессионального

выбора, обеспечивающих удовлетворительные материально-бытовые условия. Вследствие множества кажущихся неразрешимыми проблем юные матери имеют низкое качество жизни, меньшие социально-экономические перспективы, а их дети отличаются низкими показателями здоровья. Помимо физической нагрузки юная мать, как правило, испытывает и глубокие эмоциональные переживания [4].

Спонтанные, случайные половые контакты, часто в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. В последние годы отмечается увеличение заболеваемости сифилисом, гонореей, хламидиозом, вирусными инфекциями. Рост венерической заболеваемости в наибольшей степени затронул младшие возрастные группы. В последнее 10 лет число детей и подростков, заболевших сифилисом, увеличилось почти в 60 раз. Впервые стал регистрироваться сифилис у детей 10-12 лет, а доля врожденного сифилиса в настоящее время составляет четвертую часть от всех форм заболевания. Быстрыми темпами растет в последние годы число ВИЧ-инфицированных людей.

Роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений: аномалий родовой деятельности, несвоевременным излитием околоплодных вод, кровотечениями в родах и раннем послеродовом периоде, травматизмом мягких родовых путей, послеродовыми заболеваниями. Повышенный процент осложнений в родах у несовершеннолетних первородящих связан с отсутствием биологической готовности организма к родам, и может быть обусловлен функциональной «незрелостью» плаценты, вследствие которой не наступает должной гормональной перестройки перед родами, необходимой для создания родовой доминанты [5].

Беременность и роды в подростковом возрасте зачастую протекают с осложнениями из-за наличия соматических заболеваний юных матерей, физиологической несформированности их организма. Количество детей с олигофренией у матерей моложе 18 лет в пять раз больше, чем у «пожилых (после 40 лет) первородящих»; смертность новорожденных в два раза выше, чем при возрасте матери 25-29 лет [6]. Кроме возрастных особенностей имеет значение отягощенный гинекологический анамнез, осложненное течение беременности, а также неблагоприятные социально-гигиенические факторы, влияющие на течение беременности и родов [5].

Среди рисков подросткового материнства – медицинские, психологические, социальные, экономические. Социальные риски подросткового материнства тесно связаны с экономическим аспектом. Так, в связи с рождением и воспитанием детей в семьях происходит снижение среднедушевого дохода, так как женщины-матери на определенный период теряют трудоспособность и заработок. Уровень жизни семьи снижается и даже может опускаться ниже прожиточного минимума. Риск временной потери трудоспособности (или даже недостижение трудоспособного возраста) и утраты дохода является социальным и служит предметом управления системы социальной защиты населения. В связи с некоторыми социальными рисками

подросткового материнства (рост социального сиротства, фиксируемые случаи инфантицида и жестокого обращения с детьми, ненадлежащего ухода, связанного с опасностями для физического и психического развития ребёнка и т.д.), важно отметить, что в России возникает тенденция политизации данных рисков, поскольку они обостряются в связи с экономико-политической ситуацией, недостаточно организованным сексуальным просвещением и низкой контрацептивной культурой, низким уровнем социального благополучия, бедностью, распространением пьянства и наркомании, отсутствием скоординированной, научно обоснованной системы медико-социально-психолого-педагогического сопровождения семей [7].

Литература

1. Павлов О.Г. Медико-социальные аспекты беременности в юном возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 1996.
2. Федеральная служба государственной статистики, Демографический ежегодник России. – 2010.
3. Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Сексуальное поведение в подростковой среде // Начальная школа плюс до и после. – 2004. – № 3.
4. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 93–96.
5. Meter A.M. Adolescent First Sex and Subsequent Mental Health. – 2007. – № 6.
6. Каган В.Е.. Воспитателю о сексологии. – М, 2003.
7. Гурко Т.А.. Опыты сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних женщин // Социологические исследования. – 2002. – № 11. – С. 83-91.

Сверчкова Ю.А., Кром И.Л.,
г. Саратов, Россия
Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Изменения в социально-экономической и политической жизни России, обострение новых проблем в обществе поставили ученых и практических социальных работников перед решением задач, связанных с поисками новых, эффективно действующих механизмов социально-психологической адаптации личности к быстро меняющейся жизни в социуме. Клиентами специалиста

социальной работы являются наиболее незащищенные и уязвимые слои населения. Особенно нуждаются в социальной помощи дети-инвалиды, число которых постоянно растет. Нарушение способности осуществлять ту или иную деятельность может быть от рождения или приобретено позже, может быть временным или постоянным.

Проблема детской инвалидности является актуальной во всем мире. По данным ВОЗ, инвалиды составляют 10 % населения земного шара, из них 120 млн. – дети и подростки. Инвалиды детства в Российской Федерации составляют более 12% от общего числа всех инвалидов. Среди причин, способствующих возникновению инвалидности у детей, по-прежнему выделяются такие, как ухудшение экологической обстановки, рост детского травматизма, патология беременности и родов, отсутствие нормальных условий для здорового образа жизни, высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей, неблагоприятные условия труда женщин, недостаточный уровень материально-технического обеспечения медицинских учреждений. Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками [1].

Дети-инвалиды – это дети, имеющие различные физические или психические отклонения, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Дети-инвалиды как социальная категория людей нуждаются в большей степени в социальной защите, помощи, поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями, известен механизм их реализации. Следует отметить, что все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат. Вместе с тем, детям-инвалидам необходима такая помощь, которая была бы направлена на социализацию и интеграцию детей-инвалидов в общество. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий, а также разработки новых технологий социальной работы для решения проблем данной категории.

Технологии социальной работы с детьми-инвалидами разнообразны и направлены на установление социальной проблемы, выявление причины и поиск способов ее решения, сбор информации; изменение социального статуса, экономического, культурного уровня, ценностей, ориентаций клиента; помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил клиента; предупреждение социальных и индивидуальных рисков; облегчение вхождения индивида в

сравнительно незнакомое общество или культурную систему. Значительная часть детей с отклонением в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом, с целью их обучения и воспитания, став взрослыми оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь [2].

Современное понимание реабилитации включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является скорейшее и наиболее полное восстановление утраченных человеком тех или иных функций, личного и социального статуса. Достижение основной цели реабилитации – восстановления человека как личности, включая физиологические, физические, психологические и социальные его функции, возможно только при выполнении целого комплекса многоплановых реабилитационных мероприятий.

Процесс реабилитации подразумевает включение трех этапов – реконвалесценции, адаптации (реадаптации) и ресоциализации. Реконвалесценция – это этап выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психологических функций организма. Процесс активного лечения направлен на устранение болезненных биологических (физиологических) патологических проявлений. При хронических заболеваниях патология полностью не устраняется, что влечет за собой дезадаптацию. Адаптация рассматривается как приспособление организма к условиям существования. Реадаптация понимается как приспособление к условиям жизни на новом функциональном уровне с использованием резервных, компенсаторных способностей. Это этап приспособления к быту, труду, обучению и другим различным средам обитания. Заболевание и инвалидность изменяют социальное положение человека и выдвигают перед ним новые проблемы психологического, личностного и социального плана. Человек с инвалидностью оказывается перед необходимостью переосмысления своей роли и значимости в жизни [3]. Законодательство Российской Федерации в области социальной работы направлено на создание благоприятных условий, обеспечивающих возможность ресоциализации детей-инвалидов.

Литература

1. Болдина М.А., Деева Е.В. Технологии социальной работы с детьми-инвалидами // Социально-экономические явления и процессы. – 2013. – № 11.
2. Социальная работа с различными группами населения: учеб. пособие / под ред. Н.Ф. Басова. – М., 2012.
3. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, В.В. Чешихина и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304 с.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Актуальность исследования. Все больше исследователей склоняются к признанию принципа неразрывного единства психического и соматического. Одним из основных психологических факторов в динамике заболевания является отношение больного к своему состоянию.

В рамках данного исследования тип отношения к болезни рассматривается в контексте поведения больных в ситуации болезни, которое является одним из важнейших факторов успешности проводимого лечения.

Целью статьи является анализ отношения к болезни у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В.

Материалы и методы. В проведенном исследовании была использована методика «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.).

В исследовании приняли участие 39 пациентов с хроническим гепатитом В (ХГВ). Среди пациентов 18 женщин и 21 мужчина в возрасте от 19 до 61 года с различным стажем заболевания.

В ходе обработки данных были получены следующие результаты: эргопатический тип отношения к болезни – 46%, гармоничный тип - 18%, анозогностический тип – 13 %, тревожный тип – 13%, сензитивный тип – 10 %.

Пациенты с эргопатическим типом отношения к болезни характеризуются так называемым «уходом от болезни в работу». Отношение к болезни при таком типе носит избирательный характер по отношению к лечению, который обусловлен потребностью продолжать жить в привычном ритме жизни, стремлением продолжать свою профессиональную деятельность, не смотря на тяжесть заболевания.

Для пациентов с гармоничным типом отношения к болезни характерна более адекватная оценка своего состояние, отсутствует недооценка или преувеличение тяжести своего заболевания. Такие больные во всем, что касается лечения, стремятся активно содействовать успеху лечения, стараются не отягощать близких заботами о своем здоровье.

Особенности анозогностического типа реагирования на заболевание характеризуются активным отбрасыванием любых мыслей связанных с заболеванием, симптомы воспринимаются как «несерьезные», не требующие внимания, т.е. возникает пренебрежительное отношение к заболеванию.

Мнительность, бесконтрольное постоянное беспокойство характерно для тревожного типа отношения к болезни. Такие пациенты часто сомневаются в возможности вылечиться и в связи с этим проявляют выраженный, иногда даже чрезмерный, интерес ко всему, что связано с заболеванием. Вся активность

таких пациентов направлена на поиски различных вариантов диагностики, лечения и возможных исходов заболевания.

Сензитивный тип отношения к болезни у данной категории больных характеризуется озабоченностью создать у близких и окружающих неблагоприятное впечатление, которое может быть вызвано сведениями об их болезни. Такие пациенты боятся стать обузой для своих близких, боятся вызвать у них неблагоприятное отношение. В результате чего у них возникают частые колебания настроения.

Данные о типе отношения к болезни у пациента, а также об особенностях его поведения позволяют более полно осуществлять процесс лечения, процесс взаимодействия врача с пациентом, а также учитывать особенности поведения пациентов в ситуации болезни при выборе тактик реабилитации.

Сухачёва К.С., Кром И.Л.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове

СТРАТЕГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЁЖЬЮ В СЛУЖБЕ ЗАНЯТОСТИ

Социально-экономическое реформирование России вызвало рост безработицы и снижение уровня жизни населения. В значительной мере усугубилось неравное положение на рынке труда социально незащищенных категорий населения. Высокий уровень безработицы стоит в одном ряду с бедностью и социальной нестабильностью.

Результаты научных исследований, проведенных в последнее время, подтверждают существование ряда эмоциональных, социальных, финансовых, семейных медицинских и политических последствий безработицы. Среди социальных и медицинских проблем – нарушение здоровья, вызванное стрессами, депрессия, суицид, бедность. Потеря работы для большинства населения означает снижение жизненного уровня, риск соматических и психических заболеваний. Снижается качество жизни населения.

Не теряя своего экономического значения, категория занятости приобретает сегодня более широкое социальное значение, поскольку детерминирует качество жизни человека. По данным министерства занятости, труда и миграции Саратовской области, по уровню регистрируемой безработицы наша область занимает 7 место в Приволжском федеральном округе и 23 место – в России. С начала текущего года в области признано безработными 6058 человек. Из них остались без работы после ликвидации организации или сокращению штата – 968 человек [1].

Анализ ситуации на рынке труда показывает, что разные категории граждан имеют неодинаковые возможности для трудоустройства. Поскольку

молодежь является одной из самых уязвимых и восприимчивых к различным социальным изменениям возрастных групп, ее проблемы на рынке труда следует классифицировать отдельно. Выделяют следующие группы проблем молодежи на рынке труда:

– проблемы, касающиеся причин молодежной безработицы, объясняющие незащищенность молодых людей как следствие нестабильной экономики и проблем системы высшего и профессионального образования.

– проблемы, связанные с перспективами молодежи на рынке труда – описывают прогнозы, касающиеся будущего молодых людей, причём акцент смещён на более негативные перспективы.

В настоящее время на рынке труда России всё большее число молодых людей обращаются за помощью при трудоустройстве в службы занятости и зачастую пополняют ряды безработных, не найдя подходящей вакансии. Это обстоятельство вызвало необходимость создания специализированных учреждений – молодёжных бирж труда, которые, как показывает практика, более эффективно справляются с проблемами трудоустройства молодёжи. Граждане в возрасте от 14 до 29 лет относятся к социально незащищенной группе населения в силу некоторых обстоятельств, главным из которых является отсутствие специальности или недостаток опыта работы. В условиях российской рыночной экономики, которая ещё не до конца прошла стадию формирования, молодым людям очень трудно найти своё место в жизни общества и они сталкиваются с серьёзными проблемами при трудоустройстве.

В Саратове и по Саратовской области насчитывает около 14 центров, из них 6 в самом городе: Волжский, Заводской, Кировский, Ленинский, Октябрьский и Фрунзенский. В Центрах занятости проводится социальная поддержка граждан, оставшихся без работы, их профессиональная ориентация, обучение или переобучение. Сотрудники ЦЗН исследуют рынок труда в регионе и формируют базу резюме и свободных вакансий, тесно взаимодействуя с потенциальными работодателями. Они помогают безработным в трудоустройстве, подыскивая им постоянные или временные места (на общественных или сезонных работах), способствуют устройству подростков на работу после занятий и на каникулах. В любом районном центре занятости открыта «линия горячей телефонной связи» – по ней каждый может получить интересующие его сведения и консультацию [2].

Исследование качества жизни безработных проводилось в Центрах занятости населения г. Саратова. В исследование были включены 50 безработных мужского и женского пола трудоспособного возраста до 25 лет, находящиеся на учете в Центрах занятости населения г. Саратова. В контрольную группу входили работающие респонденты. Выборочная совокупность составила 110 респондентов. Исследование качества жизни проводилось нами с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100) [3, 454–484].

С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень

независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер.

При исследовании качества жизни безработных, проблемы респондентов выявлены в физической, психологической и социальной сферах. В группе безработных выявлено значительное снижение качества жизни в субсферах «Положительные эмоции», «Способность к работе», «Практическая социальная поддержка», «Свобода и физическая безопасность и защищенность», «Финансовые ресурсы» «Возможности для приобретения новой информации и навыков» по сравнению с контрольной группой респондентов.

Проведённые нами исследования подтверждают, что показатели качества жизни безработных являются значительно более низкими, чем в общей популяции. Показатель качества жизни, определённый на основании опросника ВОЗ КЖ-100 позволяет объективизировать разработку стратегий социальной работы с безработными.

Литература

1. <http://www.mintrud.saratov.gov.ru/>
2. <http://www.temasaratov.ru/>
3. Диагностика здоровья / Психологический практикум под ред. Г.С. Никифорова. – СПб «Речь». – 2007. – 970 с.

Угурчиева П.М.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: ОБЗОР

В современной России благотворительность все более часто становится инструментом, с содействием которого социум удовлетворяет главные общественные и общечеловеческие потребности. Благотворительность может быть использована для формирования каких-либо важных для общества форм деятельности [1]. Благотворительная активность в РФ регулируется законом «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» № 135 от 11 августа 1995 г. (с измен. от 23 декабря 2010 г. N 383-ФЗ)

В России создан Союз Благотворительных Организаций России, объединяющий около 3 тыс. благотворительных организаций и фондов, действуют около 70-ти крупных иностранных благотворительных фондов (более трети из них – американские). Главными и наиболее популярными областями благотворительности в современной России являются: образование, наука, социальная сфера, здравоохранение, культура и искусство, охрана

природы и спорт [3, 4].

Целью настоящей статьи является обзор тенденций благотворительности в здравоохранении.

Фонд «Линия жизни». Все началось в 2004 году с создания благотворительной программы по спасению тяжелобольных детей. Для этого был изучен и использован успешный опыт различных международных организаций, которые специализируются на благотворительности и в сфере здравоохранения. Статус Фонда эта программа получила в 2008 году. Своей главной целью фонд называет оказание своевременной помощи нуждающимся детям для снижения показателей детской смертности от тяжелых, но излечимых заболеваний в нашей стране. «Линия жизни» активно сотрудничает с российскими компаниями и частными лицами, пытаясь сформировать культуру благотворительности в обществе и спасти как можно больше детей больных тяжелыми недугами. На сегодняшний день усилиями фонда спасено уже более 5,5 тысяч российских детей.

Российский фонд помощи. Фонд специализируется на помощи больным детям. Свою работу он начал в 1996 году, когда впервые предложил читателям «Коммерсантъ» помочь отчаявшимся родителям больных детей. Эта затея получила широкий отклик среди россиян и с тех пор для нуждающихся было собрано более 94,69 млн. долларов. Сегодня в фонд приходят письма с просьбами о помощи со всей России [5].

Благотворительный фонд «Абсолют-Помощь» – это некоммерческая организация, деятельность которой направлена на поддержку общественно полезных и социально значимых проектов и инициатив в области здравоохранения. Поддержка всегда была адресной: одежду, лекарства, инвалидные коляски, оборудование получали люди или учреждения, действительно в ней нуждавшиеся. Программы этого фонда направлены на то, чтобы дети, особенно тяжело больные и оставшиеся без попечения родителей, своевременно и в полном объеме могли получать медицинскую помощь, достойное образование, укреплять физическое здоровье. Для этого на средства Фонда «Абсолют-Помощь» производится строительство и ремонт учреждений здравоохранения и образования; закупка медицинского и реабилитационного оборудования и медикаментов; строительство детских спортивных и игровых комплексов; учреждаются стипендии одаренным детям и т.д.:

- свыше 3000 детей получили высококвалифицированную медицинскую помощь в лучших российских и зарубежных медицинских центрах и клиниках;
- в 11 учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты произведены ремонтные работы, либо работы по благоустройству территорий, строительству спортплощадок и т.п.;
- 59 учреждений здравоохранения получили различную аппаратуру медицинского и прочего назначения.

Общественный благотворительный фонд поддержки здравоохранения «Здоровье» был основан в июле 1997 года по инициативе Министерства здравоохранения Российской Федерации. Его цель провозглашено

бескорыстное содействие органам и учреждениям здравоохранения в обеспечении оптимального здоровья людей. С 1998 года фонд безвозмездно передает лечебным учреждениям Российской Федерации лекарственные средства и изделия медицинского назначения. За прошедшие годы этим фондом было оказана помощь более чем 600 лечебным учреждениям в двадцати шести регионах Российской Федерации. Более 50000 пациентов были обеспечены своевременной безвозмездной лекарственной помощью. Сотрудниками Фонда в период с 1999 по 2004 годы был подготовлен ряд программ по совершенствованию оказания медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации.

Фонд выступил инициатором, разработчиком и главным исполнителем Московской городской благотворительной программы «Молодая московская семья», в рамках которой был создан Центр экстракорпорального оплодотворения «Оптимальное здоровье». В этом центре, в течение трех лет (с 2001 по 2004 год) было обеспечено бесплатное обследование и лечение бесплодия у молодых москвичей, впервые вступивших в брак.

Благотворительный Фонд «Живой» помогает взрослым людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Программа «Живой» осуществляет финансирование лечения и медикаментов для граждан РФ, в возрасте 18-60 лет, страдающих различными заболеваниями в тяжелой форме [6]

В России появились организации, которые не только оказывают помощь нуждающимся, но и способствуют развитию интереса к научным разработкам у молодых специалистов и проведению исследований по применению перспективных отечественных лекарственных средств. Благотворительный Фонд «Молодой Гиппократ» создан в 2005 г. с целью осуществления социально значимых проектов в сфере медицины. Приоритетными в деятельности Фонда являются долгосрочные программы поддержки развития научной и практической медицины в Российской Федерации. Фонд является организацией, аккумулирующей добровольные взносы от юридических и частных лиц. Одним из видов деятельности Фонда является проведение открытых Конкурсов на право получения грантов среди студентов, аспирантов, клинических ординаторов, врачей, преподавателей, ученых, осуществляющих практическую или научную деятельность в сфере медицины. В соответствии с новыми достижениями науки Фонд оставляет за собой право выработать новые тематические приоритеты Конкурсов. Существенным видом деятельности Фонда являются также разработка и реализация программ по обучению за рубежом студентов медицинских ВУЗов, программ международных обменов студентами между ВУЗами и оказание материальной помощи студентам, имеющим значительные достижения в учебе, а также проведение научных и научно-практических семинаров и публикации их материалов. Одной из целевых программ Фонда является программа, связанная с практическим использованием в лечебных и реабилитационных процессах уникальных отечественных препаратов.

В Саратове существует благотворительный фонд «Памяти братьев

Бандориных», который создан исключительно для оказания помощи детям с детским церебральным параличом. Фонд оказывает помощь в обеспечении детей-инвалидов дорогостоящими лекарствами, предметами ухода за тяжелобольными, приобретении ортопедической обуви, костылей, ходунков и др. Фондом оказывается и психолого-педагогическая помощь.

В современной России все чаще появляются иностранные благотворительные фонды (Американский благотворительный фонд содействия здравоохранению, Международный благотворительный фонд науки, Национальный благотворительный стипендиальный фонд борьбы с инфекционными болезнями, Благотворительный фонд Института исследования рака и др.), финансирующие различные проекты в здравоохранении [7].

Литература

1. Благотворительность в России. – СПб.: Питер, 2011. – 476 с.
2. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» № 135 от 11 августа 1995г. с измен. от 23 декабря 2010 г. N 383-ФЗ. – М.: ГАРАНТ, 2010. – 324с.
3. Бахмин В.И. О фондах в России. – М: Логос, 2010. – 560 с.
4. Благотворительность / Под общ. ред. И.Г. Минервина. – Южно-Сахалинск, 2004.
5. (<http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=602864>)
6. (http://www.wse-wmeste.ru/charitable_organizations/adults/show_35/)
7. (<http://www.hippocrate.ru/p5/index.htm>)

РЕЗЮМЕ ДОКЛАДОВ

ОСОБЕННОСТИ Я-ОБРАЗА И ТИПА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МАЛЫХ ГРУППАХ У ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ

Алексеева Т.В., Аранович И.Ю., г. Саратов

Статья посвящена изучению влияния индивидуально-психологических особенностей на формирование криминогенной направленности личности. Приводятся результаты исследования типов межличностных отношений в малых группах и особенности Я-концепции осужденных к лишению свободы.

Ключевые слова: личность осужденного, постпенитенциарная рецидивная преступность, Я-образ, тип межличностного взаимодействия.

FEATURES OF SELF-CONCEPT AND THE TYPE OF RELATIONSHIPS IN SMALL GROUPS BY THOSE SENTENCED TO DEPRIVATION OF LIBERTY

Alexeeva T.V., Aranovich I.U., Saratov

The article is devoted to study of influence of individual psychological characteristics on the formation of the crime orientation of the individual. The research results of types of interpersonal relationships in small groups, and especially self-concept sentenced to deprivation of liberty.

Keywords: the personality of the convict, post-penitentiary recidivism, self-concept, the type of interpersonal interaction.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ: ОБЗОР СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНАЛИТИКИ

Арстангалиева З.Ж., г. Саратов

Статья посвящена проблеме здоровьесбережения пожилых людей и возможности ее изучения инструментами социологии медицины. В статье представлены основные результаты социологической аналитики проблемы здоровья и здоровьесбережения пожилых людей в различных аспектах. Автор приходит к выводу, что в пространстве социологии медицины необходима разработка адекватных пожилому возрасту стратегий здоровьесбережения.

Ключевые слова: здоровьесбережение, пожилые люди, социология медицины

PROBLEM OF A HEALTH-SAVING OF ELDERLY PEOPLE IN MODERN SOCIOLOGY OF MEDICINE: REVIEW OF SOCIOLOGICAL ANALYTICS

Arstangaliyeva Z.Zh., Saratov

Article is devoted to a problem of a health-saving of elderly people and possibility of its studying by tools of sociology of medicine. The main results of sociological analytics of a problem of health and health-saving of elderly people are presented in article in various aspects. The author comes to a conclusion that in space of sociology of medicine development of strategy of a health-saving adequate to advanced age is necessary.

Keywords: health-saving, elderly people, medicine sociology

ТРАДИЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ОБЗОР

Бакулова К.А., Ляпунцева О.И., г. Саратов

В статье представлен обзор литературы по благотворительности, направленной на паллиативную помощь в дореволюционной России.

Ключевые слова: благотворительность, паллиативная помощь.

TRADITION OF PHILANTHROPY PALLIATIVE CARE: REVIEW

Bakulova K.A., Lyapunseva O.I., Saratov

The article presents an overview of the literature on philanthropy aimed at palliative care in pre-revolutionary Russia.

Keywords: charity, palliative care.

РИСКИ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ И ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Вдовина Д.М., Девличарова Р.Ю., г. Саратов

В данной статье рассматриваются основные риски в профессиональной деятельности медицинских работников онкологических и онкогематологических отделений. В их число входит биологический, химический, психофизиологический. Описываются основные характеристики и признаки данных факторов и влияние на медицинских работников. Особое внимание автор обращает на проблему эмоционального выгорания, как не мало важного фактора риска. Обсуждается глобальность данной проблемы и ее актуальность. Данная проблема мало изучена, требует дальнейших исследований и более подробного рассмотрения.

Ключевые слова: профессиональные риски медицинских сестер, эмоциональное выгорание, психоэмоциональное напряжение, профессиональное выгорание, профессия особого риска.

THE RISKS OF DEVELOPMENT AND FORMATION OF EMOTIONAL BURNOUT AMONG HEALTH CARE WORKERS HEMATOLOGICAL AND ONCOLOGY DEPARTMENTS

Vdovina D.M., Devlicharova R.Y., Saratov

This article discusses the key risks in the professional activities of health workers and hematological oncology departments. These include biological, chemical, psychophysiological. Describes the main characteristics and attributes of these factors impact on health workers. He paid special attention to the problem of burnout, as not a few important risk factor. Globality discussed this problem and its relevance. This problem is poorly understood, requires further research and a more detailed examination.

Keywords: occupational risks of nurses, emotional burnout, psycho-emotional stress, occupational burnout, the occupation of special risk.

КОНФЛИКТЫ В ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Галкина П.А., Ледванова Т.Ю., г. Саратов

Пролечивание алгоголизма невозможно без глубокого понимания внутриличностных конфликтов. Конфликты в ценностных ориентациях алгоголизирующей личности, представляют собой основу формирования зависимости от алгоголя. В настоящем исследовании выявлены конфликты в ценностных ориентациях и степень их выраженности у больных с алгогольной зависимостью.

Ключевые слова: ценности, ценностные ориентации, алгоголизм.

CONFLICTS IN VALUE ORIENTATIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM

Galkina P.A., Ledvanova T.YU., Saratov

Propecianeo of alkogolizma is impossible without a deep understanding of intrapersonal conflicts. Conflicts in value orientations alkoholittomassa personality, are a basis of formation of dependence on alcohol. This study identified conflicts in value orientations and their severity in patients with alcohol dependence.

Keywords: value, value orientation, alcoholism.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Гельмут Ю.В., Орлова М.М., г. Саратов

В статье представлен анализ гендерной идентичности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и влияние ее сохранности на качество жизни больных в различных ситуациях болезни. Автор рассматривает структуру личностной идентичности в контексте адаптационных стратегий. В статье использован широкий круг диагностических методов, которые дают возможность сопоставить качество жизни, характер адаптационных стратегий и особенности самоотношения больных.

Ключевые слова: идентичность, адаптация, качество жизни, ситуации болезни.

THE IMPORTANCE OF GENDER IDENTITY IN THE STRUCTURE OF ADAPTATION STRATEGIES WITH PATIENTS WITH HYPERTENSION DEPENDING ON THE SITUATION OF DISEASE

Helmut Yu.V., Orlova M.M., Saratov

The article represents the analysis of gender identity of patients suffering from cardiovascular diseases and how its safety effects the quality of life of patients in different situations of disease. The author examines the structure of personality identity in the context of adaptive strategies. A wide range of diagnostic techniques is applied in the article which makes it possible to compare (correlate) quality of life, character of adaptive strategies and peculiarities of self-attitude of patients.

Keywords: identity, adaptation, quality of life, situation of disease.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ УСТАНОВКОЙ НА ЛЕЧЕНИЕ

Гречкина Е.А., Коломейчук А.В., г. Саратов

В статье представлены результаты исследования специфики отношения к болезни у больных хроническим алкоголизмом на 2 стадии заболевания с различными клиническими вариантами алкогольной анозогнозии.

Ключевые слова: алкоголизм, внутренняя картина болезни, алкогольная анозогнозия.

PECULIARITIES OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL DEPENDENCE WITH DIFFERENT SETTINGS FOR THE TREATMENT

Grechkina E.A., Kolomeychuk A.V., Saratov

The article presents the results of a study of the specifics of the illness in patients with chronic alcoholism on the 2nd stage of the disease with different clinical variants of alcohol anosognosia.

Keywords: alcoholism, internal picture of disease, alcoholic anosognosia.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СОЦИАЛЬНЫМ СИРОТАМ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Дубровина М.С., Кром И.Л., г. Саратов

Социальное сиротство – это результат социальных потрясений в жизни общества, характеризующихся дефицитом общественных и социальных институтов, обеспечивающих соблюдение основных прав и свобод ребенка. Государство формирует и регламентирует меры государственной поддержки, медико-социальной помощи социальным сиротам посредством совершенствования механизмов, обеспечивающих социальную защиту семьи, развитием законодательства в этой области.

Ключевые слова: социальные сиротство, социальное неблагополучие, социальная политика, социальное обеспечение, меры социальной помощи, социализация ребенка.

FEATURES OF MEDICAL-SOCIAL ASSISTANCE SOCIAL ORPHANS IN MODERN RUSSIA

Dubrovina M.S., Krom I.L., Saratov

Social orphanhood is a result of social upheaval in the life of society, characterized by the deficit of public and social institutions, ensuring compliance with fundamental rights and freedoms of the child. State forms and have measures of state support, medical and social assistance social orphans by improving the mechanisms for social protection of the family, the development of legislation in this area.

Keywords: social orphanhood, social disadvantage, social policy, social security, social assistance, socialization of a child.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ КАК ФОРМА АДАПТАЦИИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Ковалева Н.А., Орлова М.М., г. Саратов

В статье рассматривается значение гендерной идентичности в контексте самоотношения и адаптационных стратегий больных сахарным диабетом и бронхиальной астмой. Автор исследует как универсальные, так и специфичные механизмы адаптационных стратегий. Эти стратегии связаны со значимостью идентификации себя с полом у мужчин и женщин при различных хронических соматических заболеваниях. Показан терапевтический смысл полученных особенностей значимости гендерной идентичности. Полученный результат может быть использован в психотерапевтической практике а также при ведении пациента врачом терапевтом.

Полученный результат может быть использован при организации паллиативной помощи больным.

Ключевые слова: гендерная идентичность, адаптационные стратегии, ситуации болезни.

TRANSFORMATION OF GENDER IDENTITY AS A FORM OF ADAPTATION IN A SITUATION OF DISEASE

Kovaleva N.A., Orlova M.M., Saratov

The article focuses on the meaning of the gender identity in the context of self-attitude and adaptive strategies of patients with pancreatic diabetes and bronchial asthma. The author studies both universal and specific mechanisms of adaptive strategies. These strategies are connected with the significance of self-identity with sex among men and women in cases of different chronic bodily diseases. The therapeutic advantage of the received peculiarities of gender identity significance is revealed. The obtained result may be used in counseling as well as in treatment of patients by therapist.

The result may be of use when organizing palliative care for patients.

Keywords: gender identity, adaptive strategies, situations of disease (illness).

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ ЗА РУБЕЖОМ: СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ

Колпаков А.В., г. Саратов

Благотворительность – это повседневная практика многих зарубежных стран. В статье приводится рейтинг крупнейших благотворительных фондов, деятельность которых связана с оказанием помощи лицам в ситуации болезни.

Ключевые слова: благотворительность, медицина, зарубежные фонды.

CHARITY FUNDS ABROAD: MODERN CONTEXT

Kolpakov A.V., Saratov

Charity – is a common daily practice in many foreign countries. The article provides a ranking of the largest charitable foundations whose activities are associated with assisting individuals in the situation of disease.

Keywords: charity, medicine, foreign funds.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Кузнецова М.Н., г. Саратов

В статье ставится задача рассмотреть и проанализировать проблемы социализации, с которыми сталкиваются психические больные, а также лица с ограниченными психофизическими возможностями. Проблема будет рассматриваться на индивидуальном, групповом и региональном уровнях. Также в статье анализируются программы, принимаемые правительством для повышения успешности социализации. На основе полученного материала выдвигается гипотеза о необходимости детального изучения Интернет-пространства как нового агента вторичной социализации для таких индивидов.

Ключевые слова: психические больные, социализация, Интернет, реабилитация

THE PROBLEM OF SOCIALIZATION OF MENTALLY ILL PEOPLE AND THOSE WITH PSYCHOPHYSICAL DISABILITIES IN MODERN SOCIETY

Kuznetsova M.N., Saratov

The article seeks to analyze the problems of socialization psychiatric patient, and persons with disabilities psychophysical capabilities. The problem will be considered at the individual, group and regional levels. The article also analyzes the programs adopted by the government to increase the success of socialization. On the basis of the obtained material hypothesize that it is necessary a detailed study of Internet as a new secondary socialization agent for such individuals.

Keywords: psychiatric patient, socialization, Internet, rehabilitation.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Малеина А.Ю., Лукина Е.В., Колоколов О.В., г. Саратов

Биопсихосоциальная концепция боли представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов. Одним из основных психотерапевтических методов лечения пациентов с хроническим болевым синдромом является когнитивно-поведенческая терапия, которая предусматривает уточнение особенностей психологического состояния пациента и помогает обратиться к истокам формирования психологических проблем пациента, предоставляет ему информацию о сущности болезни и способах ее преодоления, обучает новым способам мышления и поведения.

Ключевые слова: биопсихосоциальная концепция боли, когнитивно-поведенческая терапия.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN TREATMENT OF CHRONIC PAIN

Maleina A.Y., Lukina E.V., Kolokolov O.V., Saratov

Biopsychosocial approach is a result of a dynamic interaction of biological, psychological and sociocultural factors. One of the main psychotherapeutic methods of treatment of patients with a chronic pain syndrome is cognitive and behavioral therapy which provides specification of features of a psychological state of the patient and helps to refer to a source of formation of psychological problems of the patient, provides information about the essence of a disease and ways of its overcoming, trains in new ways of thinking and behavior.

Key words: biopsychosocial conception of pain, cognitive-behavioral therapy.

ДОРСАЛГИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ

Муравлева Э.А., Лукина Е.В., Колоколов О.В., г. Саратов

Целью данной статьи явилось представить случай хронической боли в спине, обусловленный психогенным фактором. Боль – это неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с действительным повреждением ткани или без него. Психогенная боль обусловлена эмоциональной травмой. Часто она представлена головной болью, болью в животе, болью в спине. Причиной боли может явиться скрытая депрессия, которую необходимо выявлять.

Ключевые слова: хроническая боль, боль в спине, психогенная боль, латентная депрессия, эмоциональная травма

BACK PAIN AS MANIFESTATION OF THE MASKED DEPRESSION

Muravleva E.A., Lukina E.V., Kolokolov O.V., Saratov

The purpose of work to present a case of chronic back pain, causes by a psychogenic factor. Pain is unpleasant feeling or emotional experience because of damage or without it. Psychogenic pain is caused by an emotional trauma. Often it is headache, stomach pain, back pain. Quite often reason of pain is the latent depression. It should be found.

Keywords: chronic pain, back pain, psychogenic pain, latent depression, emotional trauma.

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Нафанаилова Э.К., Андриянова Е.А., г. Саратов

В статье рассмотрены возрастные особенности восприятия старости. Представлены результаты эмпирического исследования (выборка 40 человек пожилого возраста). Выявлены преобладающий локус контроля и социально-психологический тип личности у данной возрастной группы.

Ключевые слова: пожилые люди, локус контроля, социально-психологический тип личности.

FEATURES OF THE SUBJECTIVITY OF THE INDIVIDUAL IN OLD AGE

Nafanailova E.K., Andriyanova E.A., Saratov

In the article the age peculiarities of the perception of old age. The results of empirical research (40 people of advanced age). Identified the predominant locus of control and socio-psychological type of personality in this age group.

Keywords: elderly, locus of control, social-psychological personality type.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АМПУТАЦИЕЙ БЕДРА ПО ПОВОДУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ

Рудакова А.В., Ефимов Е.В., г. Саратов

Среди больных с ампутацией бедра по поводу диабетической гангрены имеет место явления психологической и социальной дезадаптации, что свидетельствует не только о медицинской, но и социальной значимости реабилитации этой категории пациентов. Своевременная и в полном объеме оказанная психиатрическая и психотерапевтическая коррекция может определять более благоприятные условия для эффективного протезирования, и в конечном итоге отражаться на всех уровнях социальной адаптации данной категории больных.

Ключевые слова: ампутация, диабетическая гангрена, реабилитация, коррекция.

WAYS OF OPTIMIZATION OF REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH AMPUTATION OF THE HIP IN OCCASION OF THE DIABETIC GANGRENE

Rudakova A.V., Efimov E.V., Saratov

Among patients with amputation of a hip in occasion of a diabetic gangrene takes place the phenomena psychological and social disadaptation that testifies not only about medical, but also the

social importance of rehabilitation of this category of patients. Timely both in full rendered psychiatric and psychotherapeutic correction can define more favorable conditions for effective prosthetics, and finally be reflected in all levels of social adaptation of this category of patients.

Keywords: amputation, diabetic gangrene, rehabilitation, correction.

РАННЕЕ МАТЕРИНСТВО КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Рябуха Ю.В., Кром И.Л., г. Саратов

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение числа беременностей у несовершеннолетних. Юное материнство становится одной из актуальных социальных проблем, т.к. эта категория матерей в силу неблагоприятных медицинских, психологических, социальных последствий беременности и деторождения без соответствующей поддержки становится группой особого риска по отклоняющемуся материнскому поведению.

Ключевые слова: беременность, подростковый возраст, негативные медицинские, психологические, социальные последствия.

EARLY MOTHERHOOD AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

Ryabukha Yu. V., Krom I.L. Saratov

It is noted in recent decades that the number of pregnancies among minors has been increased worldwide. Young motherhood is becoming one of the most actual social problems, as this category of mothers due to unfavorable medical, psychological, social consequences of pregnancy and childbirth without proper support becomes a group of particular risk for maternal deviant behavior.

Keywords: pregnancy, adolescence, negative medical, psychological and social consequences.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Сверчкова Ю.А., Кром И.Л., г. Саратов

Современное понимание реабилитации детей-инвалидов включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является социализация ребёнка в ситуации болезни.

Ключевые слова: ребёнок-инвалид, реабилитация, социализация.

ORGANIZATION OF SOCIAL WORK WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

Sverchkova Yu. A., Krom I.L., Saratov

Modern understanding of rehabilitation of disabled children involves a complex socio-economic, medical, psychological, educational, legal, professional and other means, the aim of all of them is the socialization of a child in the situation of the disease.

Keywords: child with a disability, rehabilitation, socialization.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Степанова Е.Н., Андриянова Е.А., г. Саратов

Большинство исследователей признают принципа единство психического и соматического. Одним из психологических факторов в динамике заболевания является отношение к своему заболеванию. В данном исследовании тип отношения к болезни рассматривается в контексте поведения больных в болезни, и рассматривается как фактор успешности лечения. Полученные данные позволяют в более полной мере осуществлять процесс лечения, улучшить процесс взаимодействия врача и пациента, учитывая поведенческие особенности данной категории больных при выборе тактик лечения и реабилитации.

Ключевые слова: гепатит, тип личности, отношение к болезни, адаптация, реабилитация.

ESPECIALLY THE ATTITUDE TOWARDS THE DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B

Stepanova E.N., Andrijanova E.A., Saratov

Most researchers recognize the principle of the unity of mental and physical . One of the psychological factors in the dynamics of the disease is related to its zabolevaniyu.V this study, type of attitude to the disease seen in the context of the behavior of patients in the disease , and is seen as a factor in treatment success . The data obtained allow to more fully implement the treatment process to improve the interaction of doctor and patient, taking into account the behavioral characteristics of these patients when choosing treatment strategies and rehabilitation.

Keywords: hepatitis, type of personality, attitude to disease, adaptation, rehabilitation.

СТРАТЕГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЁЖЬЮ В СЛУЖБЕ ЗАНЯТОСТИ

Сухачёва К.С., Кром И.Л., г. Саратов

Высокий уровень безработицы стоит в одном ряду с бедностью и социальной нестабильностью. В статье приводятся результаты авторского исследования качества жизни безработных в возрасте до 25 лет, проведённого с использованием Опросника ВОЗ КЖ 100.

Ключевые слова: безработица, молодёжь, качество жизни.

SOCIAL WORK STRATEGY WITH YOUTH AT THE EMPLOYMENT SERVICE

Sukhacheva K.S., Krom I.L., Saratov

High level of unemployment is in one line with the poverty and social instability. The results of the author's research of quality of life of the unemployed at the age before 25, using the WHO QOL Questionnaire 100, are presented in the article.

Keywords: unemployment, youth, quality of life.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: ОБЗОР

Угурчиева П.М., г. Саратов

В современной России благотворительность все более часто становится инструментом, с содействием которого социум удовлетворяет главные общественные и общечеловеческие потребности. В статье представлен обзор благотворительных фондов, деятельность которых направлена на решение медико-социальных проблем.

Ключевые слова: благотворительность, фонды, здравоохранение.

MODERN CHARITY TRENDS IN MEDICAL AND SOCIAL WORK: OVERVIEW

Ugurchieva P.M., Saratov

In modern Russia charity more often becomes a mean by which society satisfies its main social and human needs. The article presents an overview of charitable funds, the aim of which is to solve medical and social problems.

Keywords: charity, funds, health care.

СОДЕРЖАНИЕ

Алексеева Т.В., Аранович И.Ю., г. Саратов

ОСОБЕННОСТИ Я-ОБРАЗА И ТИПА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МАЛЫХ ГРУППАХ У ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ.....3

Арстангалиева З.Ж., г. Саратов

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ: ОБЗОР СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНАЛИТИКИ.....5

Бакулова К.А., Ляпунцева О.И., г. Саратов

ТРАДИЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ОБЗОР.....10

Вдовина Д.М., Девличарова Р.Ю., г. Саратов

РИСКИ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ И ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ.....13

Галкина П.А., Ледванова Т.Ю, г. Саратов

КОНФЛИКТЫ В ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ.....15

Гельмут Ю.В., Орлова М.М., г. Саратов

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ.....19

Гречкина Е.А., Коломейчук А.В., г. Саратов

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ УСТАНОВКОЙ НА ЛЕЧЕНИЕ.....21

Горбачева Ю.В., Аранович И.Ю., г. Саратов

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....25

Дубровина М.С., Кром И.Л., г. Саратов

СТРАТЕГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СОЦИАЛЬНЫМ СИРОТАМ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ26

Збарский М.Э., Кром И.Л., г. Саратов

ИНВАЛИДНОСТЬ – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА НЕРАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ.....30

Ковалева Н.А., Орлова М.М., г. Саратов

ТРАНСФОРМАЦИЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ КАК ФОРМА АДАПТАЦИИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ.....32

Колпаков А.В., г. Саратов БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ ЗА РУБЕЖОМ: СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ.....	36
Кузнецова М.Н., г. Саратов ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ.....	39
Куколева Н.П., Девличарова Р.Ю., г. Саратов ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	43
Левит С.В., Орлова М.М., г. Саратов РОЛЬ КРИЗИСА ИДЕНТИЧНОСТИ В НАРУШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ.....	47
Малеина А.Ю., Лукина Е.В., Колоколов О.В., г. Саратов КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	52
Муравлева Э.А., Лукина Е.В., Колоколов О.В., г. Саратов БОЛЬ В СПИНЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ	56
Нафанаилова Э.К., Андриянова Е.А., г. Саратов ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	59
Рудакова А.В., Ефимов Е.В., г. Саратов ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АМПУТАЦИЕЙ БЕДРА ПО ПОВОДУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ.....	61
Рябуха Ю.В., Кром И.Л., г. Саратов РАННЕЕ МАТЕРИНСТВО КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА.....	65
Сверчкова Ю.А., Кром И.Л., г. Саратов ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ.....	68
Степанова Е.Н., Андриянова Е.А., г. Саратов ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В.....	71
Сухачёва К.С., Кром И.Л., г. Саратов СТРАТЕГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЁЖЬЮ В СЛУЖБЕ ЗАНЯТОСТИ.....	72
Угурчиева П.М., г. Саратов СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: ОБЗОР.....	74

Научное издание

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

**III Всероссийская (с международным участием)
научно-практическая конференция**

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

15–16 мая 2014

Саратов

Подписано в печать 28.11.2011. Формат 60x84 1/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Печать трафаретная.
Усл. печ. л. 5,11. Тираж 100 экз. Заказ 0206

ООО «Издательский Центр “Наука”»
410600, г. Саратов, ул. Пугачевская, 117, к. 50

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
ИП «Экспресс-тиражирование»
410005, г. Саратов, ул. Пугачевская, 161, офис 320. (8452) 27-26-93